

ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ
«МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР НА БОТАНИЧЕСКОЙ»
(ООО «МЦБ»)

Приказ

«03» 07 2020 г.

№ 8

Москва

**О порядке оформления документации
при предоставлении медицинских услуг
в ООО «МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР НА БОТАНИЧЕСКОЙ»**

В целях обеспечения выполнения требований законодательства, в соответствии с Гражданским кодексом РФ, Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об охране здоровья граждан»

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Ввести в действие с 06.07.2020 г.:
 - 1.1. форму «Согласие пациента на обработку персональных данных ООО «МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР НА БОТАНИЧЕСКОЙ» (приложение №1);
 - 1.2. «Порядок выдачи и оформления информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинских вмешательств» (приложение №2);
 - 1.3. форму «Информирование о возможности получения медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи» (Приложение №3);
 - 1.4. форму «Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие» (на первичную амбулаторную медико-санитарную помощь, приложение №4)
 - 1.5. форму «Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство» (все повторные приемы, приложение №5,6);
 - 1.6. форму «Информированное согласие пациента на лечебную (диагностическую) процедуру (манипуляцию)» (приложение №7)

- 1.7. форму «Информированное согласие пациента на обследование на ВИЧ-инфекцию» (приложение №8)
 - 1.8. форму «Отказ от госпитализации» (приложение №9);
 - 1.9. форму «Договор предоставления платных медицинских услуг» (Исполнитель-пациент, приложение №10)
 - 1.10. Форму «Соглашение о расторжении договора предоставления платных медицинских услуг» (Приложение №11);
2. Главному врачу организовать работу структурных подразделений по оформлению необходимой документации в соответствии с приложениями (п.1).
3. Администраторам-кассиром обеспечивать:
- 3.1. оформление лицевой стороны амбулаторной карты на всех пациентов, обратившихся в ООО «МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР НА БОТАНИЧЕСКОЙ» для оказания медицинских услуг с обязательным заполнением всех граф и контактным телефоном для связи с пациентом;
 - 3.2. оформление Договора оказания медицинских услуг (Приложение №10);
 - 3.3. формы «Информирование о возможности получения медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи медицинской помощи» (Приложение №3);
 - 3.4. оформление «Согласия пациента на обработку персональных данных ООО «МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР НА БОТАНИЧЕСКОЙ» (Приложение №1);
 - 3.5. Контроль исполнения настоящего приказа оставляю за собой.

Генеральный директор

М. А. Колодеева

Приложение № 1
к приказу генерального директора
ООО «МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР НА БОТАНИЧЕСКОЙ»
№ 8 от 03.07.2020 г.

СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных

Я, нижеподписавшийся, «_____»
(Ф.И.О. полностью)

Проживающий по адресу: «_____»

Паспорт, «_____» Выдан: «_____»
(Серия, номер) (кем, когда)

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона "О персональных данных" от 27.07.2006 N 152-ФЗ, и статьи 13 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» № 323-ФЗ от 21.11.2011 подтверждают свое согласие на обработку ООО «Медицинский Центр на Ботанической» расположенной по адресу: г. Москва, ул. Партизанская, дом 41 (далее - Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, адреса электронной почты, реквизиты паспорта (документа удостоверения личности), реквизиты полиса добровольного медицинского страхования (ДМС), место работы, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью - в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, оформления листка нетрудоспособности, передачи кассового чека в электронной форме (по моему требованию) при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну. В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим лицам Оператора в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, в МИС, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими порядок ведения и состав данных в учетно-отчетной медицинской документации, а также договором на оказание медицинской помощи по программе ДМС между Оператором и страховой медицинской компанией.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по указанному выше договору на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховой медицинской компанией с использованием машинных носителей информации, по каналам связи и(или) в виде бумажных документов, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, без специального уведомления меня об этом, при условии, что их прием и обработка осуществляются лицом, обязанным сохранять профессиональную (служебную) тайну. Также в целях единого обслуживания в партнерских клиниках бренда «Открытая клиника» Оператор имеет право на обмен (прием и передачу) моими персональными данными, включая данные о состоянии здоровья, с клиниками, работающими под брендом «Открытая клиника». При оформлении мне листка нетрудоспособности Оператор вправе информировать о факте такого оформления контролирующие органы и моего работодателя (при получении соответствующих запросов). Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты).

Настоящее согласие дано мной «CurrentDate» и действует в течение срока хранения медицинской карты.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

Я уполномочиваю ООО «Медицинский Центр на Ботанической» осуществлять рассылку информационных сообщений, включая информацию о времени визита и записи на услуги, а также направлять медицинскую информацию (результатов анализов/отчетов)

по электронной почте «_____»

на мобильный номер «_____».

Пациент вправе дать согласие ООО «Медицинский Центр на Ботанической», на направление результатов медицинских исследований (результаты анализов), медицинские отчеты, информационных сообщений, связанных с оказанием медицинских услуг, и на рассылку sms (сообщений с информированием по вопросам, связанным с оказанием медицинских услуг, в том числе, но не исключительно, о подтверждении (об отмене или изменении) даты и времени записи на прием к врачу, о готовности результатов исследований и т.п.)

Я осведомлен(а), что сведения по адресу электронной почты будут направляться через публичную сеть Интернет (Оператор не гарантирует безопасность связи от несанкционированного доступа) и поступать на незащищенные электронные адреса представителя, в связи с чем, отправитель (Оператор) не может нести ответственность за несанкционированный доступ к таким сведениям третьих лиц.

СОГЛАСЕН:

СМС

Подпись субъекта персональных данных

подпись

расшифровка подписи

Приложение № 3
к приказу генерального директора
ООО «МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР НА БОТАНИЧЕСКОЙ»
№ 8 от 03.07.2020 г.

Информирование о возможности получения медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи медицинской помощи

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество полностью)

информирован

о возможности получения мною бесплатно медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (ОМС).

Я информирован, что ООО «МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР НА БОТАНИЧЕСКОЙ» не участвует в программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и оказывает платную медицинскую помощь.

подпись

расшифровка подписи

«___» 20 ___

**ПОРЯДОК ДАЧИ ИНФОРМИРОВАННОГО ДОБРОВОЛЬНОГО СОГЛАСИЯ НА МЕДИЦИНСКОЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВО И ОТКАЗА ОТ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ОТНОШЕНИИ
ОПРЕДЕЛЕННЫХ ВИДОВ МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ**

1. Настоящий порядок устанавливает правила дачи и оформления информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н (далее - виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень).

2. Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень, и отказ от видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень,дается гражданином либо одним из родителей или иным законным представителем в отношении лиц, указанных в пункте 3 настоящего Порядка.

3. Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень, дает один из родителей или иной законный представитель в отношении:

1) лица, не достигшего возраста, установленного частью 2 статьи 54 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (несовершеннолетнего, больного наркоманией, не достигшего возраста шестнадцати лет, и иного несовершеннолетнего, не достигшего возраста пятнадцати лет), или лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, если такое лицо по своему состоянию не способно дать согласие на медицинское вмешательство;

2) несовершеннолетнего, больного наркоманией, при оказании ему наркологической помощи или при медицинском освидетельствовании несовершеннолетнего в целях установления состояния наркотического либо иного токсического опьянения (за исключением установленных законодательством Российской Федерации случаев приобретения несовершеннолетними полной дееспособности до достижения ими восемнадцатилетнего возраста).

4. Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень, оформляется при первом обращении в медицинскую организацию за предоставлением первичной медико-санитарной помощи.

5. Перед оформлением информированного добровольного согласия на виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень, лечащим врачом либо иным медицинским работником гражданину, одному из родителей или иному законному представителю лица, указанного в пункте 3 настоящего Порядка, предоставляется в доступной для него форме полная информация о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, о последствиях этих медицинских вмешательств, в том числе о вероятности развития осложнений, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

6. При отказе от видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, гражданину, одному из родителей или иному законному представителю лица, указанного в пункте 3 настоящего Порядка, в доступной для него форме должны быть разъяснены возможные последствия такого отказа, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния).

7. Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств подписывается гражданином, одним из родителей или иным законным представителем лица, указанного в пункте 3 настоящего Порядка, а также медицинским работником, оформившим такое согласие, и подшивается в медицинскую документацию пациента.

8. Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень, действительно в течение всего срока оказания первичной медико-санитарной помощи.

9. Гражданин, один из родителей или иной законный представитель лица, указанного в пункте 3 настоящего Порядка, имеет право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения (в том числе в случае, если было оформлено информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень), за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

10. Отказ от одного или нескольких видов вмешательств, включенных в Перечень, оформляется по форме, предусмотренной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации, подписывается гражданином, одним из родителей или иным законным представителем лица, указанного в пункте 3 настоящего Порядка, а также медицинским работником, оформившим такой отказ, и подшивается в медицинскую документацию пациента.

Приложение №4
к приказу генерального директора
ООО «МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР НА БОТАНИЧЕСКОЙ»
№ 8 от 03.07.2020 г.

**Информированное добровольное согласие
на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств,
на которые граждане дают информированное добровольное согласие**

В соответствии с частью 1 статьи 20 Федерального Закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»
Я, пациент _____,

(Ф.И.О.)

проживающий(ая) _____,

(домашний адрес)

получил(а) разъяснения и мне понятна информация о целях и методах оказания медицинской помощи при моем заболевании, и связанных с ними рисками, возможных вариантах медицинского вмешательства, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

Я информирован(а) о возможности получения мною бесплатно медицинской помощи в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и Территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (ОМС) в других медицинских организациях.

Я информирован(а), что ООО «Медицинский Центр на Ботанической» не участвует в Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и оказывает платную медицинскую помощь.

Медицинским

работником

(должность, Ф.И.О. врача, медицинского работника)

мне разъяснены в доступной для меня форме цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Я уполномочиваю врачей выполнить любое медицинское вмешательство, которое может потребоваться в целях лечения.

Я доверяю врачам-специалистам назначение лекарственных препаратов, организацию оказания медицинской помощи (обследования и лечения).

Я удостоверяю, что понимаю информацию, предоставленную мне врачом (медицинским работником).

Я даю добровольное согласие на проведение по медицинским показаниям в период лечения следующих медицинских вмешательств (в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н):

- Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
- Врачебные осмотры, в том числе пальпация, перкуссия, аусcultация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование, выполняемые врачами-специалистами, приглашенными консультантами.
- Антропометрические исследования, термометрия, тонометрия.
- Неинвазивные и инвазивные исследования органа зрения и зрительных функций, исследования органа слуха и слуховых функций.
- Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).
- Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические исследования крови на наличие вируса иммунодефицита человека, вирусных гепатитов, бледной трепонемы.
- Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлюметрия, рэоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных).
- Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, допплерографические исследования, радиоизотопные исследования и т.д. и эндоскопические исследования.
- Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно.
- Медицинский массаж, лечебная физкультура, физиотерапевтические процедуры.

Я информирован(а) о целях, характере и неблагоприятных эффектах медицинских вмешательств, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также о том, что предстоит мне делать во время их проведения.

Я извещен(а) о том, что я должен (должна) немедленно сообщать врачу или медицинскому работнику о любом ухудшении самочувствия, а также о приеме любых не назначенных им лекарственных препаратов.

Я предупрежден(а) и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение назначений и лечебных указаний (рекомендаций) медицинских работников, режима приема препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказать на состоянии здоровья.

Я осознаю, что я не имею права скрывать от врачей интересующую их информацию о моем здоровье и заболеваниях, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных препаратах, о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств, инфекционных и паразитарных заболеваниях, болезни или носительстве, вызванной ВИЧ.

Я ознакомлен(а) и согласен(а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на обследование и лечение в предложенном объеме.

Я утверждаю, что все интересующие меня вопросы мною заданы, все полученные ответы и разъяснения врача (медицинского работника) мною поняты, мною осознан возможный риск медицинских вмешательств.

Я понимаю, что нарушение врачебных рекомендаций, а также сокрытие информации о состоянии здоровья на момент лечения и может способствовать развитию местных и/или общих осложнений или даже стать их причиной.

На основании представленной мне информации, по форме и содержанию соответствующей уровню моего понимания, добровольно, без принуждения со стороны третьих лиц, принимаю выбор медицинского персонала и подтверждаю свою готовность и посильное содействие, в силу своих возможностей, в выполнении показанных медицинских вмешательств и исследований для достижения наилучших результатов лечения в целом.

Со всеми пунктами настоящего документа я согласен(а).

Срок хранения настоящего согласия соответствует сроку хранения первичных медицинских документов.

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья.

(подпись)

«_____»
(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

(подпись)

«_____»
(Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО**

Я _____

(фамилия, имя, отчество полностью)

информирован(а) о своем основном и сопутствующих заболеваниях, вариантах их течения и прогнозе.

Я информирован(а) о взаимном влиянии патологических процессов, прогнозе для здоровья и жизни, и вероятном изменении качества жизни в случае отказа от предлагаемого медицинского вмешательства либо комплекса лечения.

Я информирован(а) о возможных вариантах обследования, лечения, реабилитации (далее медицинского вмешательства) основного заболевания с учетом мировой практики;

Я информирован(а) о возможных вариантах медицинских вмешательств с учетом сопутствующих заболеваний и возрастных изменений моего организма.

Я информирован(а) о возможных вариантах медицинских вмешательств, применимых в условиях конкретного медицинского учреждения, с учетом материально - технической базы и медикаментозного обеспечения, а также квалификации работающих специалистов и наличия разрешительных документов;

Я информирован(а) о показаниях к применению предлагаемого медицинского вмешательства как оптимального для меня в реальных условиях;

Я информирован(а) о сути, этапах проведения предлагаемого медицинского вмешательства и срочности показанного медицинского вмешательства;

Я информирован(а) о вероятных осложнениях, которые могут развиться во время или сразу после медицинского вмешательства;

Я информирован(а) о необходимости изменения плана медицинского вмешательства при возникновении непредвиденных обстоятельств во время выполнения вмешательства, в случае, если в этот момент я буду не в состоянии выразить свою волю;

Я информирован(а) об ожидаемом эффекте от медицинского вмешательства, возможном отсутствии положительного эффекта или ухудшении состояния и вероятном изменении качества жизни.

Я информирован(а) о своей ответственности за предоставление неполной, искаженной или ложной информации о своем состоянии, реакциях организма, перенесенных заболеваниях, травмах и других фактах, способных повлиять на результаты выполнения медицинского вмешательства;

Я информирован(а), что несоблюдение указаний (рекомендаций) врача, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

Я информирован(а), что перед осуществлением медицинского вмешательства я имею право отказаться от медицинского вмешательства.

Я даю информированное добровольное согласие на предложенное мне медицинское вмешательство в ООО «МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР НА БОТАНИЧЕСКОЙ»

Подпись

Ф.И.О. гражданина

«_____» _____ Г.

Дата оформления информированного добровольного согласия

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО**

Я, _____
(Ф.И.О. гражданина или законного представителя)

«____» _____ 20 ____ г. рождения, зарегистрирован по адресу: _____

Добровольно даю свое согласие на проведение мне (представляемому) _____

(Ф.И.О. представляемого, дата рождения)

медицинское вмешательство _____
(вид вмешательства)

под обезболиванием _____
(вид обезболивания)

и даю согласие персоналу медицинского центра ООО «МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР НА БОТАНИЧЕСКОЙ» о ее проведении.

Подтверждаю, что я информирован (информирована) врачом о нижеследующем:

- о показаниях к вмешательству;
- о характере предстоящего мне (представляемому) вмешательства;
- о том, что при условии строжайшего соблюдения соответствующих правил проведения вмешательства **нет 100%-ной гарантии предотвращения возможных осложнений** при проведении самого вмешательства и в послеоперационном периоде;
- о необходимости прохождения медицинского **обследования** для контроля за состоянием моего здоровья до и после вмешательства в соответствии с назначением лечащего врача;
- о необходимости приема назначенных мне лекарственных препаратов в соответствии с предписанием врача;
- о действии назначаемых мне перед проведением, во время и после проведения вмешательства **лекарственных препаратов и возможных осложнениях при их применении**;
- о **режиме поведения**, в т.ч. половой жизни, в послеоперационном периоде и возможных последствиях при его нарушении;
- о том, что **медицинская помощь** при операции (включая обезболивание) **входит в Программу государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи и предоставляется в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения бесплатно**;

Мне разъяснены особенности и ход предстоящего медицинского вмешательства, и я осознаю, что во время его проведения могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения. В таком случае я согласен (согласна) на то, что ход вмешательства может быть изменен врачами по их усмотрению.

Я информирован(а) и предупрежден(а) о факторах риска и понимаю, что как во время вмешательства, так и послеоперационного периода возможны осложнения в виде потери крови, инфекционных осложнений, повреждения органов, нарушений со стороны сердечно-сосудистой и других систем жизнедеятельности организма, непреднамеренного причинения вреда здоровью и даже неблагоприятного исхода.

Я информирован(а) и предупрежден(а), что в ряде случаев могут потребоваться повторные **вмешательства** в связи с возможными послеоперационными осложнениями или с особенностями течения заболевания, включая удаление поврежденных органов, и даю свое согласие на это.

Я поставил(а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, в т.ч. носительстве ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитах, туберкулезе, инфекциях, передаваемых половым путем, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, действующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, принимаемых лекарственных средствах, проводившихся ранее переливаниях крови и ее компонентов. Сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств, о наличии непереносимости и аллергических реакций на лекарственные средства и др.

Я ознакомлен(а) и согласен(на) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною понятны и добровольно даю свое согласие на оперативное вмешательство.

_____ /
(подпись)

_____ /
(Ф.И.О. пациента или законного представителя гражданина)

Я свидетельствую, что разъяснил пациенту суть, ход выполнения, риск и альтернативу проведения операции, дал ответы на все вопросы, пациент расписался в моем присутствии:

_____ /
(подпись)

_____ /
(Ф.И.О. медицинского работника)

" _____ " г. /дата оформления/

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ЛЕЧЕБНУЮ (ДИАГНОСТИЧЕСКУЮ) МАНИПУЛЯЦИЮ (ПРОЦЕДУРУ)

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество)
находясь в ООО «МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР НА БОТАНИЧЕСКОЙ»
(наименование лечебно-профилактического учреждения)
добровольно даю согласие на внутривенное введение лекарственного средства, контрастного
вещества _____
(название лекарственного средства)
для проведения _____ и даю
указать диагностическое исследование
согласие медицинскому персоналу ООО «МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР НА БОТАНИЧЕСКОЙ» о его
введении.
- Мне даны разъяснения о действии назначаемых мне перед
проводением _____ контрастного вещества,
указать диагностическое исследование
название лекарственного средства

- Мне понятен смысл и цель введения лекарственного средства.
- К моменту введения лекарственного средства:
 - у меня нет никаких острых жалоб на здоровье (температуры, боли, озноба, сильной слабости).
 - я информирован(а), мне ясно и я принимаю тот факт, что после введения редко могут наблюдаться реакции на лекарственные средства, которые могут быть местными (покраснения, уплотнение, боль, жжение, зуд в месте инъекции и другие) и общими (повышение температуры, недомогание, озноб и другие).
- Я информирован(а) и мне понятно, что крайне редко могут наблюдаться осложнения (шок, аллергические реакции и другие).
- В случае возникновения необходимости в проведении дополнительных вмешательств при развитии осложнений или неожиданно открывшихся медицинских обстоятельствах добровольно даю согласие на проведение мне

Я уполномочиваю медицинский персонал выполнить любую процедуру или дополнительное вмешательство, которое может потребоваться в целях лечения, а также в связи с возникновением непредвиденных ситуаций.

Я удостоверяю, что текст моего информированного согласия мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют.

«___» 20 ___ г.

Подпись пациента _____

Расписался в моем присутствии:

Врач _____ Подпись _____
(Должность, Фамилия И.О.)

Информированное согласие на проведение обследования на ВИЧ-инфекцию

Я, _____ (ФИО) _____

года рождения, настоящим подтверждаю, что на основании предоставленной мне информации, свободно и без принуждения, отдавая отчет о последствиях обследования, принял решение пройти тестирование на антитела к ВИЧ. Для этой цели я соглашаюсь сдать анализ крови объемом около 5 мл. В процессе забора крови, как правило, будет необходим один укол иглой. Эта процедура может быть связана с некоторым дискомфортом, включая возможное проявление кровоподтека на месте укола.

Я подтверждаю, что мне разъяснено, почему важно пройти тестирование на ВИЧ, как проводится тест и какие последствия может иметь тестирование на ВИЧ.

Я проинформирован, что:

- Тестирование на ВИЧ можно пройти в Центре СПИД и других медицинских учреждениях, тестирование по добровольному выбору освидетельствуемого лица может быть добровольным анонимным (когда не нужно сообщать свое имя и персональные данные, и только обследуемый может узнать результат по коду) или конфиденциальным (в этом случае тестирование проводится по документу, удостоверяющему личность, и результат будет известен обследуемому и лечащему врачу). В государственных медицинских учреждениях тестирование на ВИЧ проводится бесплатно.
- Присутствие антител к ВИЧ является доказательством наличия ВИЧ-инфекции. Но существует период "серонегативного окна" (промежуток времени между заражением ВИЧ и появлением антител к ВИЧ, наличие которых можно определить лабораторным способом). В течение этого периода человек уже заражен и может заразить других, но при исследовании крови антитела к ВИЧ не обнаруживаются, этот период обычно составляет 3 месяца.
- В настоящее время в России существует бесплатное лечение для всех нуждающихся инфицированных ВИЧ, для его получения нужно обратиться в территориальный центр СПИД. Лечение существенно продлевает жизнь и улучшает качество жизни при ВИЧ-инфекции. ВИЧ-инфицированным беременным женщинам важно вовремя обратиться в центр СПИД и начать принимать специальные лекарства для предотвращения заражения будущего ребенка.

- ВИЧ-инфекция передается только тремя путями:

- а) при сексуальных контактах без презерватива;
- б) через кровь, при медицинских или немедицинских процедурах. Чаще всего заражение этим путем происходит при использовании нестерильного инструментария для употребления наркотиков;
- в) от инфицированной ВИЧ матери к ребенку во время беременности, родов и при грудном вскармливании.

Заражение ВИЧ в быту при рукожатиях, пользовании общей посудой, бассейном, туалетом, а также при укусах насекомых не происходит.

- Защитить себя от заражения ВИЧ-инфекцией можно, если не иметь опасных контактов (контакты с кровью или выделениями половых органов, грудным молоком) с инфицированными ВИЧ людьми или людьми с неизвестным ВИЧ-статусом. В течение жизни, в зависимости от личных обстоятельств и убеждений, для того, чтобы избежать заражения СПИДом, человек может использовать разные способы предохранения. Например, всегда пользоваться презервативами или иметь только неинфицированных ВИЧ сексуальных партнеров. Избежать заражения через кровь при нарушении целостности кожных покровов можно используя только стерильные инструменты.

- Результаты тестирования на ВИЧ по телефону не сообщаются. Их сообщает консультант при послетествовом консультировании.

- С вопросами можно обратиться в территориальный центр СПИД.

Подпись обследуемого на ВИЧ

Дата

Отказ от госпитализации

Я _____
(фамилия, имя, отчество)

года рождения, проживающий(ая) по адресу: _____

находясь на обследовании ООО «МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР НА БОТАНИЧЕСКОЙ», г. Москва,
ул. Ботаническая, дом 41, корпус 7,
добровольно и сознательно отказываюсь от предложенной госпитализации для стационарного
лечения в _____

_____ (указать учреждение)

- Мне, согласно моей воле, даны полные и всесторонние сведения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания, включая данные о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения;
- Мне подробно в доступной для меня форме разъяснены возможные последствия моего отказа от предлагаемого стационарного лечения. Я осознаю, что отказ от медицинского вмешательства (лечения) может отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья и даже привести к неблагоприятному исходу.

Возможные последствия отказа от стационарного лечения (госпитализации):

_____ (указываются врачом)

Дополнительная информация:

_____.

- Я ознакомлен (- на) и согласен (- на) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены и мною поняты, добровольно, пользуясь своим правом, предусмотренным статьей 20 Федерального Закона от 21.11.2011 №323-ФЗ. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», отказываюсь от стационарного лечения (госпитализации).

Я не буду иметь каких-либо претензий к ООО «МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР НА БОТАНИЧЕСКОЙ» в случае развития негативных последствий вследствие моего решения.

"___" 20__ года. Подпись пациента/законного представителя

Расписался в моем присутствии:

Врач _____ (подпись)
(должность, ФИО)

Приложение № 10
к приказу генерального директора
ООО «МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР НА БОТАНИЧЕСКОЙ»
№ 8 от 06.07.2020 г.

Договор № «_____»

об оказании платных медицинских услуг

г. Москва

«_____» 2020 г.
«_____» именуемый(ая) в дальнейшем "Пациент", адрес
места жительства «_____», телефон «_____», со
одной стороны и

Общество с ограниченной ответственностью «Медицинский центр на Ботанической», именуемое в дальнейшем "Исполнитель", в лице Генерального директора Колодеевой Марии Александровны, действующего на основании Устава, адрес местонахождения: 127106, г. Москва, ул. Ботаническая, дом 41, корп.7 свидетельство о государственной регистрации юридического лица серия 77 № 015783615, выданного Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы № 46 по г. Москве 16 сентября 2013 г.,

вместе именуемые "Стороны", а по отдельности «Сторона», заключили настоящий договор (далее - "Договор") о нижеследующем:

ПОНЯТИЯ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ В НАСТОЯЩЕМ ДОГОВОРЕ

Для целей настоящего Договора используются следующие основные понятия:

платные медицинские услуги - медицинские услуги, предоставляемые на возмездной основе за счет личных средств граждан, средств юридических лиц и иных средств на основании договоров, в том числе договоров добровольного медицинского страхования;

пациент - физическое лицо, имеющее намерение получить либо получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с договором. Потребитель, получающий платные медицинские услуги, является пациентом, на которого распространяется действие Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации";

исполнитель - медицинская организация, предоставляющая платные медицинские услуги потребителям (пациентам).

ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

Исполнитель на основании обращения Пациента обязуется оказать ему медицинские услуги (далее - "медицинские услуги") согласно Перечню медицинских услуг (Приложение № 1) к настоящему Договору, а Пациент уплачивает Исполнителю вознаграждение в размере, порядке и сроки, которые установлены настоящим Договором.

Исполнитель оказывает услуги по месту своего нахождения по адресу: 127106, г. Москва, ул. <Ботаническая, дом 41, корп.7

Исполнитель осуществляет свою деятельность в соответствии с лицензией № ЛО-77-01-019202 от 02.12.2019 г. При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы в амбулаторных условиях по: медицинскому массажу, сестринскому делу, сестринскому делу в косметологии, стоматологии, физиотерапии, функциональной диагностике; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по терапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности), гастроэнтерологии, дерматовенерологии, диетологии, кардиологии, косметологии, мануальной терапии, неврологии, онкологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, остеопатии, оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации), офтальмологии, психиатрии-наркологии, стоматологии терапевтической, ультразвуковой диагностике, урологии, физиотерапии, функциональной диагностике, эндокринологии. При оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании специализированной медицинской помощи в условиях дневного стационара по: организации здравоохранения и общественному здоровью, сестринскому делу, терапии. При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы(услуги): при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе временной нетрудоспособности

выданной Департаментом здравоохранения города Москвы, находящегося по адресу 127006, г. Москва, Оружейный переулок, д. 43, тел.+7 (499) 251-83-00.

РАЗМЕР, СРОКИ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

Услуги, предоставляемые Исполнителем, оплачиваются Заказчиком по Прейскуранту, утвержденному и действующему на момент оплаты медицинской услуги. Для постоянного публичного обозрения Прейскурант находится на информационном

стенде. В момент заключения настоящего Договора Заказчик ознакомлен с Прейскурантом на медицинские услуги.

Исполнитель вправе изменять цены на медицинские услуги, при этом настоящий Договор изменению не подлежит. Стороны обязаны руководствоваться вновь утвержденными ценами.

Медицинские услуги оплачиваются Заказчиком на условиях 100 % предоплаты путем внесения денежных средств в кассу Исполнителя или перечислением денежных средств на расчетный счет Исполнителя.

ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

Исполнитель обязуется:

Обеспечить Пациента бесплатной, доступной и достоверной информацией о платных медицинских услугах, содержащей следующие сведения о порядках оказания медицинской помощи и стандартах медицинской помощи, применяемых при предоставлении платных медицинских услуг, о данных о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации), о данных о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи, других сведениях, относящихся к предмету настоящего Договора.

Оказывать Пациенту услуги, предусмотренные п. 1.1 настоящего Договора.

Не передавать и не показывать третьим лицам находящуюся у Исполнителя документацию о Пациенте.

Сотрудничать при оказании услуг по настоящему Договору с иными медицинскими учреждениями и специалистами.

Представлять Пациенту материалы и заключения о ходе оказания услуг в печатном виде.

Давать при необходимости по просьбе Пациента разъяснения о ходе оказания услуг ему и заинтересованным лицам, включая государственные и судебные органы.

Представлять для ознакомления по требованию Пациента копию Устава Исполнителя; копию лицензии на осуществление медицинской деятельности с приложением перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность Исполнителя в соответствии с данной лицензией.

Соблюдать порядки оказания медицинской помощи, утвержденные Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Пациент обязуется:

Соблюдать Правила оказания медицинских услуг Исполнителя.

Оплачивать услуги Исполнителя в порядке, сроки и на условиях, которые установлены настоящим Договором.

Информировать врача о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях, соблюдать правила поведения пациентов в медицинском учреждении, режим работы медицинского учреждения, выполнять все рекомендации медицинского персонала и третьих лиц, оказывающих ему по настоящему Договору медицинские услуги, по лечению, в том числе соблюдать указания медицинского учреждения, предписанные на период после оказания услуг.

Исполнитель имеет право:

Получать от Пациента любую информацию, необходимую для выполнения своих обязательств по настоящему Договору. В случае не предоставления либо неполного или неверного предоставления Пациентом информации Исполнитель имеет право приостановить исполнение своих обязательств по настоящему Договору до представления необходимой информации.

Требовать от Пациента соблюдения правил оказания медицинских услуг.

Получать вознаграждение за оказание услуг по настоящему Договору.

Пациент имеет право:

Получать от Исполнителя услуги в соответствии с п. 1.1 настоящего Договора.

Получать от Исполнителя в доступной для него форме информацию о состоянии здоровья, включая сведения о результатах обследования. Данная информация также может быть предоставлена доверенному лицу при наличии надлежащим образом оформленных полномочий в соответствии с действующим законодательством РФ.

До заключения настоящего Договора Исполнитель в письменной форме уведомляет Пациента о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (работающего у него медицинского работника), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента.

Стороны обязуются хранить в тайне лечебную, финансовую и иную конфиденциальную информацию, полученную от другой Стороны при исполнении настоящего Договора.

СРОК ДЕЙСТВИЯ НАСТОЯЩЕГО ДОГОВОРА

Настоящий договор вступает в силу с момента оплаты Заказчиком услуг Исполнителя согласно перечню медицинских услуг (Приложение №1) в отношении оплаченных услуг и действует до исполнения сторонами всех обязательств.

Настоящий Договор может быть расторгнут по обоюдному согласию Сторон.

Все изменения и дополнения к настоящему Договору, а также его расторжение считаются действительными при условии, что они совершены в письменной форме и подписаны уполномоченными представителями обеих Сторон.

ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

В случае отказа Пациента после заключения Договора от получения медицинских услуг Договор расторгается. При этом Пациент оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.

Исполнитель несет ответственность перед Пациентом за ненадлежащее исполнение условий настоящего Договора, несоблюдение требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни Пациента.

При сокрытии от Исполнителя в соответствии с п. 3.2.3 Договора информации, имеющей важное (основополагающее значение) для оказания медицинских услуг, и отсутствии у Исполнителя возможности при консультации и обследовании Пациента установить данные сведения, Исполнитель не несет ответственности по требованиям Заказчика и/или Пациента о возмещении вреда и убытков, причиненных здоровью Пациента по указанным выше причинам.

ПОРЯДОК РАССМОТРЕНИЯ СПОРОВ

Все споры, претензии и разногласия, которые могут возникнуть между Сторонами, будут разрешаться путем переговоров.

При не урегулировании в процессе переговоров спорных вопросов споры подлежат рассмотрению в судебном порядке по месту нахождения Исполнителя.

АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

Исполнитель

**Общество с ограниченной ответственностью
"Медицинский центр на Ботанической"**

Адрес местонахождения: 127106, г. Москва,
ул. Ботаническая, д. 41, корп.7

ОГРН 1197746015675

ИНН 9715335361, КПП 771501001

р/с 40702810400000190966

Банк плательщика ПАО "ПРОМСВЯЗЬБАНК"

Г. Москва

к/с 3010181040000000555,

БИК 044525555

+7(495)482-29-12

Пациент

Ф.И.О. «_____»

Паспорт серия «____» № «_____»

Выдан «_____»

«_____»

Дата выдачи «_____»

Код подразделения «_____»

Телефон «_____»

Email: «_____»

Подпись_____

Подпись_____ Колодеева М.А.

Администратор_____

СОГЛАШЕНИЕ О РАСТОРЖЕНИИ

Договора на предоставление платных медицинских услуг № _____ от «___» _____ 20 ___ г.

г. Москва

«___» _____ 20 ___ г.

ООО «МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР НА БОТАНИЧЕСКОЙ», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице _____, действующего на основании _____, с одной стороны, и _____, именуемый в дальнейшем «Пациент», с другой стороны, заключили настояще

Соглашение о нижеследующем:

1. Стороны пришли к соглашению о досрочном расторжении Договора № _____ от «___» _____ 20 ___ г. на предоставление платных медицинских услуг с _____ 20 ___ г.
2. Обязательства сторон по договору прекращаются с момента его расторжения.
3. Стороны обязуются произвести полные взаиморасчеты на дату расторжения.
4. Стороны не имеют претензий друг к другу по исполнению Договора.
5. Настоящее Соглашение вступает в силу с момента его подписания обеими Сторонами.
6. Настоящее Соглашение составлено в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой Стороны.

АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

Исполнитель

Общество с ограниченной ответственностью
"Медицинский центр на Ботанической"

Адрес местонахождения: 127106, г. Москва,

ул. Ботаническая, д. 41, корп.7

ОГРН 1197746015675

ИНН 9715335361, КПП 771501001

р/с 40702810400000190966

Банк плательщика ПАО "ПРОМСВЯЗЬБАНК"

Г. Москва

к/с 3010181040000000555,

БИК 044525555

+7(495)482-29-12

Подпись _____ М.А. Колодеева

Администратор _____

Пациент

Ф.И.О «FIO»

Паспорт серия «PassportSeries» №
«PassportNumber»

Выдан «PassportIssueDepartment»

Дата выдачи «PassportDateOfIssue»

Код подразделения
«PassportIssueDepartmentCode»

Телефон «Phone»

Email: «EMail»

Подпись _____