

## Уведомление!

ООО «ЦИМ «Хроно», до заключения договора уведомляет Заказчика (Пациента или его законного представителя), что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, выполняющего платную медицинскую услугу) в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя. В соответствии с требованиями ст.79 от 21.11.2011 от №232 ООО «ЦИМ «Хроно», информирует заказчика (пациента или его законного представителя) о возможности получения медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Уведомлен/\_\_\_\_\_подпись/\_\_\_\_\_ФИО законного представителя  
пациента

ДОГОВОР ОБ ОКАЗАНИИ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ №\_\_\_\_\_

г. Абакан

«\_\_»\_\_\_\_\_г.

Общество с ограниченной ответственностью «Центр интегральной медицины «ХРОНО», ИНН1901117253/ КПП190101001, действующее на основании ОГРН 1141901000174 дата присвоения: 21.01.2014 г, в соответствии с лицензией № ЛО-19-01-001067 от 25.06.2018, выданной Министерством здравоохранения Республики Хакасия (адрес: ул. Крылова, 72, Абакан, Респ. Хакасия, Россия, 655017, телефон:+7 390 229-50-91), срок действия лицензии: бессрочно; перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность: медицинскому массажу; сестринскому делу; сестринскому делу в косметологии; терапии; косметологии; мануальной терапии; организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; остеопатии; физиотерапии; эндокринологии; аллергологии и иммунологии; гастроэнтерологии; кардиологии; неврологии; пульмонологии; ультразвуковой диагностике; функциональной диагностике в лице администратора \_\_\_\_\_ ( фамилия, имя, отчество администратора), действующего на основании приказа № 23 от 06.05.2022 года, именуемое в дальнейшем «Клиника» с одной стороны, и Заказчика \_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество законного представителя) в отношении пациента \_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество пациента, дата рождения), именуемый в дальнейшем по тексту договора и приложений «Пациент», с другой стороны, вместе именуемые «Стороны» заключили настоящий Договор о нижеследующем:

### 1.Предмет Договора

- 1.1. Клиника предоставляет Пациенту по его желанию платные медицинские услуги согласно действующему Прейскуранту медицинских услуг, размещенных также на информационных стендах (стойках) Клиники и на сайте hrono.su. Пациент обязуется оплатить указанные услуги (далее также – «услуги» или «медицинские услуги»). Прейскурант медицинских услуг является официально утвержденным документом Клиники и предусматривает конкретный перечень медицинских услуг, стоимость услуг.
- 1.2. Медицинские услуги оказываются по месту нахождения Клиники: Республика Хакасия, г. Абакан, ул. Чехова, дом 95, корпус2, пом. 36Н., пом. 2Н.
- 1.3. Заключая настоящий договор, Пациент ознакомлен с лицензией Клиники на осуществление медицинской деятельности.

1.4. Перечень и стоимость платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с настоящим договором, отражены в актах «Заказ платных медицинских услуг» (Приложением №1) и «Акт оказанных платных медицинских услуг» (Приложением №4).

1.5. Пациент ознакомлен на Сайте Клиники, а также на информационных стендах (стойках) со всей необходимой информацией, в соответствии с требованием Правительства РФ к платным медицинским услугам, в том числе со стандартами медицинской помощи и клиническими рекомендациями (при их наличии) на "Официальном интернет-портале правовой информации" ([www.pravo.gov.ru](http://www.pravo.gov.ru)) и официальном сайте Министерства здравоохранения Российской Федерации <https://minzdrav.gov.ru/>, а также с правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг в ООО «ЦИМ»Хроно», утверждёнными Клиникой.

## **2.Права и обязанности Сторон**

### **2.1. Клиника вправе:**

2.1.1. Получать от Пациента всю информацию, необходимую для выполнения своих обязательств по настоящему Договору.

2.1.2. Своевременно и в полном объеме получать оплату за медицинские услуги в порядке и на условиях настоящего Договора.

2.1.3. Самостоятельно определять объем и характер лабораторных, диагностических и других видов исследования, методов консервативного лечения. Самостоятельно определять объем исследований и медицинской помощи, необходимых для оказания неотложной медицинской помощи, в том числе услуг, не предусмотренных настоящим Договором в случае возникновения неотложных состояний не по вине медицинских работников Клиники.

2.1.4. Информировать органы внутренних дел в порядке, установленном уполномоченными федеральными органами исполнительной власти Российской Федерации, об обращении пациентов, в отношении которых имеются достаточные основания полагать, что вред их здоровью причинен в результате противоправных действий.

2.1.5. Отказать в услуге, связанной с медицинским вмешательством, в случае отказа Пациента от подписания Информированного добровольного согласия. Отказать в предоставлении платных медицинских услуг Пациенту по настоящему договору, в случае наличия у Пациента задолженности перед Клиникой по ранее оказанным медицинским услугам. Заменить лечащего врача при наступлении объективной невозможности проводить лечение данным специалистом. Замена производится с письменного согласия Пациента. В случае опоздания более чем 15 минут или неявки Пациента аннулировать запись Пациента.

2.1.6. Клиника имеет право вести видеосъемку на территории и в помещении Клиники в целях обеспечения безопасности; использовать фото-, видео- и аудиозаписи, отснятые на территории Клиники с участием пациентов, клиентов Клиники любым способом, не противоречащим закону.

### **2.2. Клиника обязана:**

2.2.1. Оказывать Пациенту услуги, предусмотренные п.1.1. настоящего Договора, в соответствии со стандартами, утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации. Заключая настоящий договор, Пациент выражает просьбу и согласен с тем, что специалисты Клиники, при наличии медицинских показаний, вправе оказывать объем услуг, превышающий вышеуказанные стандарты.

2.2.2. До начала лечения определить и информировать Пациента о необходимых видах и объеме оказываемых услуг

2.2.3. Использовать в процессе лечения лицензированные запатентованные способы, рекомендованные российской и общемировой медицинской практикой. Обеспечить участие квалифицированного медицинского персонала для оказания медицинской помощи в рамках выполнения обязательств по настоящему договору.

2.2.4. Не передавать и не показывать третьим лицам, находящуюся у Клиники документацию о Пациенте (соблюдать врачебную тайну, в том числе конфиденциальность).

2.2.5. Давать при необходимости по требованию Пациента разъяснения о состоянии здоровья Пациента, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ним риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения, сведения об используемых при предоставлении медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности, показаниях (противопоказаниях) к применению, а также всю необходимую документацию, касающуюся предмета настоящего договора.

2.2.6. Соблюдать, установленные законодательством РФ требования к оформлению и ведению медицинской документации и учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их представления.

2.2.7. Вести учет видов, объемов, стоимости медицинских услуг, оказанных Пациенту, а также денежных средств, поступивших от Пациента. Выдавать Пациенту документы, подтверждающие факт оплаты услуг, в случае непредоставления медицинской услуги произвести перерасчет.

2.2.8. Предоставлять Пациенту сведения о местонахождении Клиники, графике работы врачей и прочего медицинского персонала, информацию о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации), наличии лицензии на оказание конкретного вида услуг, сведения о видах, технологии, объемах и стоимости оказанных услуг, методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их возможных последствиях и осложнениях, наличии альтернативных видов соответствующих медицинских услуг.

2.2.9. Клиникой после исполнения договора (и/или после оказания услуги, в соответствии с приложениями) выдаются Пациенту медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающих состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях), без дополнительной оплаты. В последующем, копии медицинских документов, выписки из медицинских документов, и иные документы, связанные с заключением и исполнением настоящего Договора выдаются Пациенту по его письменному заявлению в сроки и порядке, установленных нормами действующего законодательства.

### **2.3. Пациент вправе:**

2.3.1. Получать медицинские услуги, предусмотренные п. 1. настоящего Договора

2.3.2. Пациент вправе получать от Клиники для ознакомления любые сведения о состоянии своего здоровья, полную достоверную информацию об объеме и условиях получения предоставляемых услуг по договору, любые данные диагностических обследований и результаты анализов, документы, подтверждающие факт оплаты услуг.

2.3.3. Пациент вправе отказаться от получения медицинской услуги при условии оплаты фактически понесенных Клиникой расходов.

### **2.4. Пациент обязан:**

2.4.1. Оплатить выставленный счет в порядке, сроки и на условиях, которые установлены договором.

2.4.2. До оказания услуги информировать Лечащего врача или иной медицинский персонал об известных ему имеющихся у него аллергических реакциях и/или противопоказаниях к применению каких-либо лекарственных средств и/или оказанию каких-либо медицинских вмешательств, о перенесенных и имеющихся заболеваниях, аллергических реакциях. Пациент обязуется предоставить Лечащему врачу данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных в других

медицинских учреждениях (при их наличии и соответствующей необходимости), а также сообщить все известные сведения о состоянии своего здоровья, в случае такой необходимости, о заболеваниях родственников, без указания их данных, и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения; при предоставлении медицинских услуг сообщать Лечащему врачу (медицинскому работнику, предоставляющему платные медицинские услуги) о любых изменениях самочувствия; отказаться на весь период предоставления медицинских услуг по настоящему Договору, от употребления наркотиков и лекарств, их содержащих, психотропных препаратов, алкогольсодержащих напитков; не осуществлять самостоятельного лечения, согласовывать с Лечащим врачом (медицинским работником, предоставляющим платные медицинские услуги) употребление любых терапевтических препаратов, лекарств, лекарственных трав и т. д. В случае непредставления со стороны Пациента имеющихся у него данных, относящихся к состоянию его здоровья, не соблюдения последним обязательств, указанных в настоящем пункте, Клиника не несет ответственности за результаты лечения и возможный ущерб, вызванный данными обстоятельствами.

2.4.3. Представлять Лечащему врачу или иному медицинскому персоналу все документы и информацию относительно общего состояния здоровья, как на момент начала, так и в процессе предоставления медицинских услуг.

2.4.4. Соблюдать правила поведения пациентов в медицинском учреждении, режим работы учреждения.

2.4.5. Выполнять предписания лечащего врача, все рекомендации медицинского персонала и третьих лиц, оказывающих ему по настоящему договору медицинские услуги по лечению. Посещать медицинских работников и выполнять процедуры в установленное время. В случае неявки Пациента на прием в установленное время, время повторного приема определяется Клиникой.

2.4.6. При первом обращении в Клинику за предоставлением медицинских услуг, а в дальнейшем - по мере необходимости Пациент дает информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство.

### **3. Стоимость услуг и порядок расчетов**

3.1. Оплата оказываемых услуг производится Пациентом после подписания договора, на основании действующего Прейскуранта, приложения № 1 «Заказ платных медицинских услуг», непосредственно в день предоставления медицинской услуги после их оказания Клиникой, либо непосредственно перед оказанием услуги, в наличной или безналичной форме в российских рублях. НДС не облагается. Пациенту после оплаты медицинских услуг выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставляемых медицинских услуг, установленного образца.

3.2. Клиника имеет право в одностороннем порядке пересматривать цены на медицинские услуги, оказываемые в рамках настоящего договора, и вводить дополнительные услуги. Измененный Прейскурант размещается в регистратуре и на сайте Клиники, при разночтении преимущество имеет Прейскурант, находящийся в регистратуре. При предоплате конкретных услуг изменение стоимости таких услуг может быть только по согласованию Сторон по договору.

3.3. Пациент до подписания настоящего договора ознакомлен с Прейскурантом Клиники, а перечень и стоимость платных медицинских услуг, непосредственно выбранных Пациентом, предоставляемых в соответствии с настоящим договором, отражены в актах «Заказ платных медицинских услуг» и «Акт оказанных платных Медицинских услуг», являющимся Приложением №1 и Приложением № 4 соответственно к настоящему договору.

### **4. Порядок оказания услуг и сроки.**

4.1. Клиника осуществляет прием Пациента при предъявлении Пациентом документа, удостоверяющего личность, подписании договора оказания медицинских услуг с приложениями, после оформления амбулаторной карты Пациента. На приеме врач

проводит сбор анамнеза и осмотр Пациента, устанавливает предварительный диагноз, определяет методы и возможные варианты лечения, последствия лечения и предполагаемые результаты, степень риска лечения и возможные осложнения и подробно информирует об этом Пациента. По результатам осмотра врач составляет План лечения. На основании Плана лечения определяется перечень, стоимость и сроки оказания услуг, и оформляется Заказ платных медицинских услуг, являющийся Приложением №1 к настоящему договору. При определении условий предоставления медицинских услуг и исполнения своих обязательств по договору Стороны обязаны руководствоваться сведениями, указанными в медицинских документах Пациента (план лечения, медицинская карта) и в Приложении №1 к договору.

4.2. Сроки оказания платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с настоящим договором, отражены в актах «Заказ платных медицинских услуг» и «Акт оказанных платных Медицинских услуг», являющимся Приложением №1 и Приложением № 4 соответственно к настоящему договору.

4.3. Медицинские услуги предоставляются при наличии информированного добровольного согласия Пациента данного в порядке, установленном законодательством РФ.

4.4. Клиника не обеспечивает Пациента бесплатными лекарственными препаратами. Клиника не несет ответственность за эффективность и качество лекарственных средств, предоставленных Пациентом.

4.5. В случае нарушения Пациентом медицинских предписаний и лечебно-охранительного режима, процедур и предписаний лечащего врача, рекомендаций медицинского персонала, нарушения Пациентом Правил поведения в медицинском учреждении, отказа Пациента от подписания согласия Пациента на медицинское вмешательство, информированного добровольного согласия - Клиника вправе отказать такому Пациенту в предоставлении медицинских услуг.

4.6. В случае отказа от предоставления медицинской помощи в соответствии с п. 4.7. настоящего договора Клиника вправе удержать понесенные расходы из оплаченной стоимости медицинской услуги. Отказ от медицинского вмешательства оформляется письменно Пациентом и передается в Клинику.

4.7. Стороны берут на себя обязательства по соблюдению конфиденциальности в отношении информации, полученной при исполнении условий настоящего договора. Передача информации третьим лицам или иное разглашение информации, признанной по настоящему договору конфиденциальной, может осуществляться только с письменного согласия другой Стороны, либо в случаях, предусмотренных действующим законодательством РФ. По письменному согласию Пациента информация, составляющая врачебную тайну Пациента, может быть передана третьим лицам. По письменному согласию Пациента информация, составляющая врачебную тайну Пациента, может быть передана Пациенту по телефону или посредством Интернета, о чем подписывается согласие – Приложение № 3 к договору. Для целей оказания медицинских услуг Исполнителю предоставляется право осуществлять обмен (прием и передачу) персональных данных с другими медицинскими организациями (лабораториями), третьими лицами, которые ООО "ЦИМ "Хроно" привлекает для исполнения своих обязанностей по настоящему Договору в порядке установленном действующим законодательством Российской Федерации, с использованием машинных носителей или по каналам связи, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа. Подписание настоящего Договора является согласием Потребителя на передачу персональных данных последнего вышеуказанным в настоящем пункте организациям.

4.8. Пациент предупрежден и согласен с тем, что при предоставлении платных медицинских услуг по настоящему договору, может возникнуть необходимость оказания дополнительных платных медицинских услуг.

- 4.9. Подписывая Договор, Пациент дает согласие на передачу сведений, составляющих врачебную тайну, для проведения научных исследований, публикаций в научной литературе, использовании этих сведений в учебном процессе и иных целях.
- 4.10. Клиника имеет право привлекать третьих лиц для исполнения обязательств по настоящему договору.
- 4.11. После окончания лечения и окончания оказания медицинских услуг Клиникой составляется Акт оказанных платных медицинских услуг, Приложение № 4 к договору. Подписываемый сотрудником Клиники и Пациентом Акт оказанных платных медицинских услуг является подтверждением оказания медицинских услуг Клиникой Пациенту. Пациент обязуется рассмотреть и подписать Акт оказанных платных медицинских услуг, сразу же после получения. Акт подписывается Пациентом в 2 (Двух) экземплярах, один из которых остается у Пациента. В течение 3 (Трех) рабочих дней с момента подписания соответствующего Акта оказанных платных медицинских услуг Пациент имеет право предоставить письменные замечания по подписанному им Акту оказанных платных медицинских услуг, которые Клиника, в случае признания их обоснованными, обязуется устранить. Если в течение указанного срока Пациент не предоставит письменные замечания по Акту оказанных платных медицинских услуг, то медицинские услуги считаются оказанными и принятыми Пациентом по качеству и количеству в полном объеме.
- 4.12. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Пациента при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы с Пациента. Клиника имеет право в одностороннем порядке изменить предварительно определенный объем оказываемых медицинских услуг, в случае, если существует угроза жизни или здоровью Пациента.
- 4.13. Клиника имеет право отложить или отменить лечебные или диагностические мероприятия, в том числе в день процедуры или обращения, в случае обнаружения у Пациента противопоказаний по состоянию здоровья. Клиника имеет право заменить, как временно, так и окончательно, лечащего врача, а также другой медицинский персонал, взаимодействующий с Пациентом.

## **5. Ответственность Сторон**

- 5.1. За невыполнение, или ненадлежащее выполнение своих обязательств по настоящему договору Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ.
- 5.2. Пациент несет ответственность за выполнение и соблюдение Пациентом лечебно-охранительного режима, врачебных предписаний, за предоставление полных и достоверных сведений о состоянии своего здоровья
- 5.3. Клиника несет ответственность за качество предоставляемых медицинских услуг в рамках настоящего договора и выбор методов лечения в соответствии с действующим законодательством РФ. Клиника не несет ответственность за недостатки в предоставлении медицинских услуг, а также, за нарушения сроков выполнения обязательств по настоящему договору, если указанные недостатки возникли вследствие нарушения положений настоящего договора и иных неправомерных действий Пациента. Клиника не несет ответственности за причиненный вред здоровью Пациенту или не наступление выздоровления Пациента в случае, если вышеуказанные события произошли в результате нарушения Пациентом медицинских предписаний и рекомендаций, предоставления недостоверной информации о себе Клинике.
- 5.4. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение обязательств по настоящему договору, если это явилось следствием обстоятельств чрезвычайного характера.
- 5.5. При наличии задолженности по оплате Клиника вправе приостановить дальнейшее оказание услуг до даты погашения задолженности.

## 6. Прочие условия

- 6.1. Настоящий договор вступает в силу с даты его подписания и действует 12 месяцев. Если ни одна из Сторон не изъявит желание в письменном виде о его расторжении договор считается продленным на тот же срок. При заключении нового договора на оказание услуг отличных от настоящего договора, настоящий договор прекращает свое действие.
- 6.2. Все изменения и дополнения к договору действительны, если совершены в письменной форме и подписаны Сторонами. Приложения, дополнительные соглашения Сторон являются неотъемлемой частью Договора. Вся переписка между сторонами осуществляется письменно, путем направления заказных писем.
- 6.3. Настоящий договор может быть изменен, либо досрочно прекращен по обоюдному согласию Сторон, оформленному в виде письменного Соглашения и подписанному Сторонами. Договор может быть расторгнут по инициативе одной из Сторон. Отказ от исполнения договора в одностороннем порядке производится в соответствии со статьей 782 Гражданского Кодекса Российской Федерации, при письменном уведомлении другой Стороны об этом намерении за 15 (пятнадцать) календарных дней до предполагаемой даты расторжения.
- 6.3.1. При несоблюдении (нарушении) Пациентом предписаний, требований, назначений, рекомендаций медицинского персонала Клиники, когда такое поведение Пациента затрудняет Клинику/Исполнителю надлежащее выполнение своих обязанностей по Договору и создает угрозу для благополучного исхода лечения. При этом стоимость фактически оказанных услуг не возвращается, а Клиника не несет ответственности за возможное ухудшение состояния здоровья Пациента;
- 6.3.2. При нарушении Пациентом правил внутреннего распорядка, правил поведения, неуважительного поведения в отношении персонала Исполнителя и иных лиц;
- 6.3.3. При выявлении заболеваний, лечение которых должно осуществляться в условиях специализированного медицинского учреждения;
- 6.4. Договор составлен в двух экземплярах, по одному для каждой из Сторон, и имеют одинаковую юридическую силу. Руководствуясь п. 2 ст. 160 Гражданского кодекса Российской Федерации, при подписании Договора со своей стороны, Клиника вправе использовать факсимильное воспроизведение подписи с помощью средств механического копирования (факсимиле), являющегося аналогом собственноручной подписи и имеющего юридическую силу.
- 6.5. Все разногласия, которые могут возникнуть между Сторонами, будут разрешаться в претензионном порядке. Срок рассмотрения Клиникой претензии (с приложением обосновывающих документов) устанавливается 10 (десять) рабочих дней. Если Сторонами не достигнуто согласие в ходе переговоров, споры и разногласия разрешаются в судебном порядке в соответствии с законодательством российской Федерации
- 6.6. Подписание Пациентом настоящего договора свидетельствует об его ознакомлении со всем изложенным в настоящем договоре и приложениях к нему и полном согласии. Пациент подтверждает, что он добровольно согласился на оказание медицинских услуг на платной основе. Пациент подтверждает, что на момент подписания настоящего договора Клиника обеспечила Пациента бесплатной, доступной и достоверной информацией о платных медицинских услугах, содержащей следующие сведения о:
- 6.6.1. Порядке оказания медицинских услуг и стандартах медицинской помощи, применяемых при предоставлении платных медицинских услуг, а также сведениях о методах оказания медицинских услуг, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинских услуг;
- Клиника:
- 6.6.2. Ознакомила его с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утв. Постановлением Правительства РФ от «11» мая 2023 г.

№736); 6.6.3.Ознакомила его с действующим в Клинике Прейскурантом на платные медицинские услуги;

6.6.4. Ознакомила его с локально-нормативными актами Клиники, в том числе Правилами предоставления медицинских услуг (Регламент организации оказания платных медицинских услуг; Информация о предоставлении платных медицинских услуг пациентам; Правила поведения пациентов; Положение об информировании пациентов при получении платных услуг; Порядок оказания медицинской помощи иностранным гражданам; Порядок оказания платных медицинских услуг анонимно) в ООО «Центр интегральной медицины «ХРОНО», утвержденными Генеральным директором «1» марта 2022г.;

6.6.5.Ознакомила его со сведениями о медицинских работниках ООО «Центр интегральной медицины «ХРОНО», оказывающими медицинские услуги, предусмотренные настоящим Договором.

6.6.6.Ознакомила его с другими сведениями, относящимися к предмету настоящего Договора. Приложения к договору: Приложение № 1 – Заказ платных медицинских услуг; Приложение № 2 – Согласие на обработку персональных данных Пациента; Приложение №3 - Заявление о согласии получать результаты анализов и медицинскую информацию дистанционно (Согласие на дистанционную передачу информации);Приложение № 4 – Акт оказанных платных медицинских услуг.

Реквизиты сторон:

Клиника:	Пациент:
ООО «Центр интегральной медицины «ХРОНО» 655017, г. Абакан, ул. Чехова, дом 95, корпус2, пом 36Н. ИНН1901117253/ КПП190101001 Р/с № 40702810800010161016 в ООО «Хакасский муниципальный банк», г. Абакан, ул. Хакасская, д. 73. К/с 30101810900000000745в ГРКЦ НБ РХ Банка России (г. Абакан) БИК 049514745 Администратор (ФИО, подпись)	ФИО: (ФИО законного представителя ) Паспорт: серия__ номер __ Выдан: кем __, когда__ Адрес места жительства законного представителя пациента: Контактный телефон законного представителя: Пациент: (ФИО пациента) Паспорт: серия__ номер__ Выдан: кем, когда Свидетельство о рождении: серия__номер__ Выдано: когда Адрес места жительства пациента: Документы, подтверждающие полномочия законного представителя: Для усыновителей (удочерителей): документ, подтверждающий факт усыновления ( удочерения)
На основании приказа № 23 от 06.05.2022 г. ООО «ЦИМ «Хроно»	Для опекунов и попечителей-опекунское удостоверение, решение/акт органа опеки или попечительства над представляемым лицом  ✓ _____ (подпись законного представителя)

**Согласие родителей на заключение договора об оказании платных медицинских услуг несовершеннолетнему в возрасте с 15 до 18 лет.**



Я, гр. \_\_\_\_\_ (ФИО), \_\_\_\_\_ года  
рождения, паспорт \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_, зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_

являюсь матерью/ отцом/ опекуном (нужное подчеркнуть) моего  
ребенка/подопечного \_\_\_\_\_ (ФИО), \_\_\_\_\_ г.р.,  
паспорт \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_,  
зарегистрирован по адресу: \_\_\_\_\_

и выражаю согласие на заключение им/ею с ООО «ЦИМ «Хроно» Договора об оказании платных медицинских услуг, в котором он / она будет выступать Заказчиком и Пациентом, обработку персональных данных моих и моего ребенка. Я уведомлен (а) и согласен (а) нести ответственность по обязательствам из договора заключенного моим ребенком, в том числе оплачивать все услуги оказанные несовершеннолетнему по договору, заключенному с моего согласия. Я уведомлен(а) и согласен(а) с тем, что выдача некоторых копий медицинских документов, выписок, эпикризов и т.д. является платной услугой, и гарантирую их оплату.

Дата:

Подпись:

к Договору № \_\_\_\_\_ от «\_\_» \_\_\_\_\_ г.

об оказании платных медицинских услуг

### Согласие на обработку персональных данных

Я, Законный представитель (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) \_\_\_\_\_ (ФИО законного представителя), зарегистрирован по адресу: \_\_\_\_\_ документ, удостоверяющий личность (паспорт): серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_, выдан: кем \_\_\_\_\_, когда \_\_\_\_\_ г., код подразделения \_\_\_\_\_ пациента (несовершеннолетнего, недееспособного гражданина) \_\_\_\_\_ (ФИО пациента), \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированного по адресу: \_\_\_\_\_, паспорт: серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_, выдан: кем \_\_\_\_\_, когда \_\_\_\_\_ г. или свидетельство о рождении: серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_, дата выдачи: \_\_\_\_\_ г. ознакомился с документами ООО «ЦИМ «ХРОНО» (далее – клиника), устанавливающими порядок обработки персональных данных работников, с моими правами и обязанностями в данной области и в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.06 г. “О персональных данных” № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие оператору персональных ООО «ЦИМ «ХРОНО», адрес 655017, г. Абакан, ул. Чехова, дом 95, корпус 2, пом. 36Н. ОГРН 1141901000174 на обработку в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг:

- фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, адрес регистрации, контактный(е) телефоны, адрес электронной почты, возраст;

- реквизиты паспорта или иного документа, удостоверяющего личность; - место работы, занимаемая должность; - данные о состоянии моего здоровья, диагнозе заболевания, о факте обращения за медицинской помощью.

- физиологические особенности человека, состояние здоровья, имеющиеся заболевания, поставленные диагнозы, факты обращения в медицинские организации;

- семейное положение, наличие детей, родственные связи, образ жизни, привычки и увлечения, в том числе вредные (алкоголь, наркотики и др.);

Передача персональных данных ограничена исключительно медицинскими целями и обусловлена исключительно технической необходимостью. Я предоставляю право работникам Оператора, право на обработку моих персональных данных в рамках действующего законодательства РФ, а именно: совершение любых действий (операций) или совокупности действий (операций) с моими персональными данными с использованием средств автоматизации или без использования таких средств, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (за исключением распространения), распространение, в том числе передачу персональных данных иным (третьим) лицам в случаях, предусмотренных действующим законодательством РФ, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение) моих персональных данных. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные, в том числе посредством внесения их в медицинские карты, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных по ОМС (договором

ДМС), внесения их в электронную базу данных. Я предоставляю право Оператору передавать полученные в рамках настоящего Договора персональные данные ограниченному кругу третьих лиц: ООО «ЦИМ «ХРОНО», лабораториям и другим третьим лицам, которые ООО "ЦИМ "Хроно" привлекает для исполнению своих обязанностей по настоящему Договор. Передача персональных данных другим юридическим или физическим лицам, не указанным в настоящем пункте, запрещена.

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. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку (за исключением блокирования и хранения) в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате, оказанной мне до этого медицинской помощи и обеспечить их. Данное согласие на обработку персональных данных действует до момента истечения сроков хранения соответствующей информации или документов, содержащих вышеуказанную информацию, определяемых в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Настоящее согласие считается данным мною третьим лицам, указанным выше, и третьи лица имеют право на обработку моих персональных данных на основании настоящего заявления.

Настоящее согласие дано мной «\_\_» \_\_\_\_\_ г.

Пациент \_\_\_\_\_ ✓

к Договору №\_\_ от «\_\_» \_\_\_\_\_ г. об оказании платных медицинских услуг

**Согласие на дистанционную передачу информации**

Пациент вправе дать согласие на передачу ему информации по электронной почте, голосовыми сообщениями по телефонной связи, текстовыми смс-сообщениями, а также с использованием систем мгновенного обмена сообщениями. Предоставлением адреса электронной почты Пациент дает согласие ООО «ЦИМ «ХРОНО» (далее Клиника) пересылать информацию, включая обработку и пересылку по электронной почте результатов лабораторной диагностики. За исключением особо оговоренных случаев, Клиника не пересылает по электронной почте результаты исследований на инфекционную группу, гистологических и цитологических исследований. Пациент имеет право самостоятельно получить результаты таких исследований непосредственно в Клинике. Клиника вправе обезличивать информацию при условии ссылки на номер амбулаторной медицинской карты. При получении обезличенной информации Пациент обязуется самостоятельно проверить соответствие указанного номера номеру своей амбулаторной медицинской карты и при обнаружении несоответствия незамедлительно сообщить в Клинику. Клиника вправе самостоятельно определять формат и размер передаваемой информации. Пациент предупрежден о возможных рисках, существующих при отправке информации, при которых Клиника не несет ответственности, в том числе: о возможности доступа третьих лиц к направляемой информации в процессе или в результате ее пересылки (в том числе, но не исключительно, несанкционированного доступа к окончному оборудованию пользователя, прямой или случайной передачи пароля, незаконных действий третьих лиц); неполучения информации по различным причинам, не зависящим от отправителя (электронная почта переполнена, заблокирована или недоступна, настройки и правила обработки сообщений электронной почты на почтовом сервере не позволяют принимать сообщения интернет-домена отправителя, технические и другие причины); повреждений файлов. Дистанционная передача информации является правом, а не обязанностью Клиники. Клиника вправе приостановить или прекратить дистанционную передачу информации.

Ознакомившись с указанными выше положениями, Пациент (Законный представитель) \_\_\_\_\_

(ФИО, адрес места жительства законного представителя ),

Мобильный телефон: \_\_\_\_\_

Электронная почта: \_\_\_\_\_

Я даю согласие (необходимое подчеркнуть, ненужное зачеркнуть):

- 1) на передачу информации по электронной почте, голосовыми сообщениями по телефонной связи, текстовыми смс-сообщениями, а также с использованием систем мгновенного обмена сообщениями
- 2) на получение информации о специальных предложениях и акциях
- 3) на получение информации в связи с напоминанием о записи
- 4) на опрос по качеству обслуживания

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

✓ Согласен \_\_\_\_\_ (подпись) Не согласен \_\_\_\_\_ (подпись)

к Договору №\_\_ от «\_\_»\_\_\_\_\_ г. об оказании платных медицинских услуг

**Заказ платных медицинских услуг**

От «\_\_»\_\_\_\_\_ г.

Заказчик/ Законный представитель /Плательщик (ФИО заказчика/законного представителя/ плательщика):\_\_\_\_\_

Пациент (ФИО пациента):\_\_\_\_\_

а) Необходимо ли предоставление документов для подачи на налоговый вычет:

Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_"✓

б) Необходима ли выписка рецептов на лекарственные препараты для подачи на налоговый вычет:

Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_"✓

№	Наименование услуг	Ед.изм.	Количество	Стоимость услуги (руб.)	Сумма, (руб.)

Срок выполнения: \_\_\_\_\_

Принимающий заказ (сотрудник ООО «ЦИМ «ХРОНО») администратор

\_\_\_\_\_ (ФИО, должность, подпись)

Заказчик/Законный представитель/Плательщик: \_\_\_\_\_✓(ФИО полностью, подпись)

Приложение № 4 к Договору №\_\_ от «\_\_»\_\_\_\_\_ г. об оказании платных медицинских услуг

### Акт оказанных платных медицинских услуг

Заказчик/Законный представитель/Плательщик (ФИО заказчика/ законного представителя/ плательщика): \_\_\_\_\_

Пациент (ФИО пациента): \_\_\_\_\_

№	Наименование услуг	Ед.изм.	Количество	Стоимость услуги (руб.)	Сумма, (руб.)

Наименование услуги:	Количество (шт)	Дата получения услуги:	Подпись пациента

Всего оказано услуг, на сумму \_\_\_\_\_ руб. , НДС не облагается в соответствии с пп.2 п.2 стр.149 НК РФ. Медицинские услуги и работы по договору об оказании платных медицинских услуг выполнены полностью и в срок. Заказчик претензий по объему, качеству и срокам оказания услуг не имеет.

<b>Клиника:</b>	<b>Заказчик:</b>
ООО «Центр интегральной медицины «ХРОНО» 655017, г. Абакан, ул. Чехова, дом 95, корпус2, пом 36Н. ИНН1901117253/ КПП190101001 Р/с № 40702810800010161016 в ООО «Хакасский муниципальный банк», г. Абакан, ул. Хакасская, д. 73. К/с 301018109000000000745в ГРКЦ НБ РХ Банка России (г. Абакан) БИК 049514745  Администратор (ФИО, подпись) _____	ФИО: _____ (ФИО Законного Представителя Пациента)  Паспорт: серия _____ номер _____  Выдан: кем _____ когда _____ г.  Адрес места жительства законного представителя: _____  Контактный телефон законного представителя: _____  ✓ _____ (подпись Законного Представителя пациента)
На основании приказа № 23 от 06.05.2022 г. ООО «ЦИМ «Хроно»	

Приложение № 4 к Договору №\_\_ от «\_\_»\_\_\_\_\_ г. об оказании платных медицинских услуг

### Акт оказанных платных медицинских услуг

Заказчик/Законный представитель/Плательщик (ФИО заказчика/ законного представителя/ плательщика): \_\_\_\_\_

Пациент (ФИО пациента): \_\_\_\_\_

Своей подписью подтверждаю, что маркировка биоматериала была произведена в моем присутствии: ✓ \_\_\_\_\_

(Подпись ставится после маркировки взятого у Пациента биоматериала)

№	Наименование услуг	Ед.изм.	Количество	Стоимость услуги (руб.)	Сумма, (руб.)

Наименование услуги:	Количество (шт)	Дата получения услуги:	Подпись пациента

Всего оказано услуг, на сумму \_\_\_\_\_ руб. , НДС не облагается в соответствии с пп.2 п.2 стр.149 НК РФ. Медицинские услуги и работы по договору об оказании платных медицинских услуг выполнены полностью и в срок. Заказчик претензий по объему, качеству и срокам оказания услуг не имеет.

Клиника:	Заказчик:
ООО «Центр интегральной медицины «ХРОНО» 655017, г. Абакан, ул. Чехова, дом 95, корпус2, пом 36Н. ИНН1901117253/ КПП190101001 Р/с № 40702810800010161016 в ООО «Хакасский муниципальный банк», г. Абакан, ул. Хакасская, д. 73. К/с 30101810900000000745в ГРКЦ НБ РХ Банка России (г. Абакан) БИК 049514745  Администратор (ФИО, подпись)  На основании приказа № 23 от 06.05.2022 г. ООО «ЦИМ «Хроно»	ФИО: _____ (ФИО Законного Представителя Пациента)  Паспорт: серия _____ номер _____  Выдан: кем _____ когда _____ г.  Адрес места жительства законного представителя: _____  Контактный телефон законного представителя: _____  ✓ _____ (подпись Законного Представителя пациента)

## ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ СОГЛАШЕНИЕ

к Договору № \_\_ от «\_\_» \_\_\_\_\_ г. об оказании платных медицинских услуг

г. Абакан

«\_\_» \_\_\_\_\_ г.

Общество с ограниченной ответственностью «Центр интегральной медицины «ХРОНО», ИНН1901117253/ КПП190101001, действующее на основании ОГРН 1141901000174 дата присвоения: 21.01.2014 г, в соответствии с лицензией № ЛО-19-01-001067 от 25.06.2018, выданной Министерством здравоохранения Республики Хакасия (адрес: ул. Крылова, 72, Абакан, Респ. Хакасия, Россия, 655017, телефон: [+7 390 229-50-91](tel:+73902295091)), срок действия лицензии: бессрочно; перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность: медицинскому массажу; сестринскому делу; сестринскому делу в косметологии; терапии; косметологии; мануальной терапии; организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; остеопатии; физиотерапии; эндокринологии; аллергологии и иммунологии; гастроэнтерологии; кардиологии; неврологии; пульмонологии; ультразвуковой диагностике; функциональной диагностике в лице администратора \_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество администратора), действующего на основании приказа № 23 от 06.05.2022 года, именуемое в дальнейшем «Клиника» с одной стороны, и Заказчика \_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество законного представителя) в отношении пациента, \_\_\_\_\_ года рождения (ФИО пациента, дата рождения), именуемый в дальнейшем «Пациент», с другой стороны, вместе именуемые «Стороны» заключили настоящее Дополнительное соглашение о нижеследующем:

1.1. Стороны пришли к соглашению, что перечень, стоимость и сроки оказания платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с заключенным договором об оказании платных медицинских услуг от «\_\_» \_\_\_\_\_ г., определяются в соответствии с Заказом платных медицинских услуг, являющимся Приложением №1 к указанному договору.

1.2. Стороны пришли к соглашению, считать действительным новое приложение № 1 к договору об оказании платных медицинских услуг от «\_\_» \_\_\_\_\_ г. действительным с даты его подписания и являющимся неотъемлемой частью договора об оказании платных медицинских услуг от «\_\_» \_\_\_\_\_ г.

1.3. Все иные условия договора об оказании платных медицинских услуг от «\_\_» \_\_\_\_\_ г. считаются действительными и продолжают действовать до полного исполнения сторонами своих обязательств друг перед другом, либо иных условий предусмотренных договором и настоящим дополнительным соглашением.

1.4. Настоящее дополнительное соглашение и новые приложения к нему являются неотъемлемой частью договора об оказании платных медицинских услуг от «\_\_» \_\_\_\_\_ г.

1.5. Настоящее дополнительное соглашение вступает в силу с даты его подписания, изготовлено в двух экземплярах и имеющих равную юридическую силу.



1.6. Реквизиты сторон:

Клиника:	Пациент:
<p>ООО «Центр интегральной медицины «ХРОНО»</p> <p>655017, г. Абакан, ул. Чехова, дом 95, корпус2, пом 36Н. ИНН1901117253/ КПП190101001 Р/с № 40702810800010161016 в ООО «Хакасский муниципальный банк», г. Абакан, ул. Хакасская, д. 73. К/с 30101810900000000745В ГРКЦ НБ РХ Банка России (г. Абакан) БИК 049514745</p> <p>Администратор (ФИО, подпись)</p>	<p>ФИО: _____ (ФИО законного представителя)</p> <p>Паспорт: серия__ номер __</p> <p>Выдан: кем_____, когда_____ г.</p> <p>Адрес места жительства законного представителя пациента:_____</p> <p>Контактный телефон законного представителя: _____</p> <p>Пациент: _____ (ФИО пациента)</p> <p>Паспорт: серия____ номер____</p> <p>Выдан: кем__ когда __ г.</p> <p>Свидетельство о рождении: серия__ номер____</p> <p>Выдано: когда _____ г.</p> <p>Адрес места жительства пациента: _____</p> <p><u>Документы, подтверждающие полномочия законного представителя:</u></p>
<p>На основании приказа № 23 от 06.05.2022 г. ООО «ЦИМ «Хроно»</p>	<p>Для усыновителей (удочерителей): документ, подтверждающий факт усыновления (удочерения)</p>
	<p>Для опекунов и попечителей-опекунское удостоверение, решение/акт органа опеки или попечительства над представляемым лицом</p>
	<p>✓ _____ (подпись законного представителя)</p>

к Договору №\_\_ от «\_\_»\_\_\_\_\_ г. об оказании платных медицинских услуг и к  
Дополнительному соглашению от «\_\_»\_\_\_\_\_г.

**Заказ платных медицинских услуг**

От «\_\_»\_\_\_\_\_г.

Заказчик/ Законный представитель /Плательщик (ФИО заказчика/законного  
представителя/ плательщика):\_\_\_\_\_

Пациент (ФИО пациента):\_\_\_\_\_

а) Необходимо ли предоставление документов для подачи на налоговый вычет:

Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_"✓

б) Необходима ли выписка рецептов на лекарственные препараты для подачи на  
налоговый вычет:

Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_"✓

№	Наименование услуг	Ед.изм.	Количество	Стоимость услуги (руб.)	Сумма, (руб.)

Срок выполнения: \_\_\_\_\_

Принимающий заказ (сотрудник ООО «ЦИМ «ХРОНО») администратор

\_\_\_\_\_ (ФИО, должность, подпись)

Заказчик/Законный представитель/Плательщик: \_\_\_\_\_✓(ФИО  
полностью, подпись)

Приложение № 4 к Договору №\_\_ от «\_\_»\_\_\_\_\_ г. об оказании платных медицинских услуг и к Дополнительному соглашению от «\_\_»\_\_\_\_\_ г.

### Акт оказанных платных медицинских услуг

Заказчик/Законный представитель/Плательщик (ФИО заказчика/ законного представителя/ плательщика): \_\_\_\_\_

Пациент (ФИО пациента): \_\_\_\_\_

№	Наименование услуг	Ед.изм.	Количество	Стоимость услуги (руб.)	Сумма, (руб.)

Наименование услуги:	Количество (шт)	Дата получения услуги:	Подпись пациента

Всего оказано услуг, на сумму \_\_\_\_\_ руб. , НДС не облагается в соответствии с пп.2 п.2 стр.149 НК РФ. Медицинские услуги и работы по договору об оказании платных медицинских услуг выполнены полностью и в срок. Заказчик претензий по объему, качеству и срокам оказания услуг не имеет.

Клиника:	Заказчик:
ООО «Центр интегральной медицины «ХРОНО» 655017, г. Абакан, ул. Чехова, дом 95, корпус2, пом 36Н. ИНН1901117253/ КПП190101001 Р/с № 40702810800010161016 в ООО «Хакасский муниципальный банк», г. Абакан, ул. Хакасская, д. 73. К/с 301018109000000000745в ГРКЦ НБ РХ Банка России (г. Абакан) БИК 049514745  Администратор (ФИО, подпись)  _____  На основании приказа № 23 от 06.05.2022 г. ООО «ЦИМ «Хроно»	ФИО: _____ (ФИО Законного Представителя Пациента)  Паспорт: серия _____ номер _____  Выдан: кем _____ когда _____ г.  Адрес места жительства законного представителя: _____  Контактный телефон законного представителя: _____  ✓ _____ (подпись Законного Представителя пациента)

Приложение № 4 к Договору №\_\_ от «\_\_» \_\_\_\_\_ г. об оказании платных медицинских услуг и к Дополнительному соглашению от «\_\_» \_\_\_\_\_ г.

### Акт оказанных платных медицинских услуг

Заказчик/Законный представитель/Плательщик (ФИО заказчика/ законного представителя/ плательщика): \_\_\_\_\_

Пациент (ФИО пациента): \_\_\_\_\_

Своей подписью подтверждаю, что маркировка биоматериала была произведена в моем присутствии: ✓ \_\_\_\_\_

(Подпись ставится после маркировки взятого у Пациента биоматериала)

№	Наименование услуг	Ед.изм.	Количество	Стоимость услуги (руб.)	Сумма, (руб.)

Наименование услуги:	Количество (шт)	Дата получения услуги:	Подпись пациента

Всего оказано услуг, на сумму \_\_\_\_\_ руб. , НДС не облагается в соответствии с пп.2 п.2 стр.149 НК РФ. Медицинские услуги и работы по договору об оказании платных медицинских услуг выполнены полностью и в срок. Заказчик претензий по объему, качеству и срокам оказания услуг не имеет.

<b>Клиника:</b>	<b>Заказчик:</b>
ООО «Центр интегральной медицины «ХРОНО» 655017, г. Абакан, ул. Чехова, дом 95, корпус2, пом 36Н. ИНН1901117253/ КПП190101001 Р/с № 40702810800010161016 в ООО «Хакасский муниципальный банк», г. Абакан, ул. Хакасская, д. 73. К/с 30101810900000000745в ГРКЦ НБ РХ Банка России (г. Абакан) БИК 049514745  Администратор (ФИО, подпись)  На основании приказа № 23 от 06.05.2022 г. ООО «ЦИМ «Хроно»	ФИО: _____ (ФИО Законного Представителя Пациента)  Паспорт: серия _____ номер _____  Выдан: кем _____ когда _____ г.  Адрес места жительства законного представителя: _____  Контактный телефон законного представителя: _____  ✓ _____ (подпись Законного Представителя пациента)

Общество с ограниченной ответственностью

**Центр интегральной медицины «Хроно»**

655017, г. Абакан, ул. Чехова, дом 95, корпус 2, тел. 213-360, 202-360,

ОГРН 1141901000174, ИНН/КПП 1901117253/190101001; [e-mail.mcdoppler@yandex.ru](mailto:e-mail.mcdoppler@yandex.ru)

Лицензия № ЛО-19-01-001067 от 25.06.2018,

выданная Министерством здравоохранения Республики Хакасия, срок действия лицензии: бессрочно

**Отказ от медицинского вмешательства**

Я, \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ г. рождения,

(фамилия, имя, отчество (при наличии) и дата рождения гражданина либо законного представителя)

зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

в отношении \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ г. рождения,

(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента и дата рождения при подписании отказа законным представителем)

при оказании мне (представляемому лицу) первичной медико-санитарной помощи в **Обществе с ограниченной ответственностью «Центр интегральной медицины «Хроно»** (полное наименование медицинской организации) отказываюсь от следующих видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н <sup>1</sup>:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(наименование вида (видов) медицинского вмешательства)

Медицинским работником \_\_\_\_\_

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены возможные последствия отказа от

вышеуказанных видов медицинских вмешательств, в том числе вероятность

развития осложнений заболевания (состояния) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(указываются возможные последствия отказа от вышеуказанного(вышеуказанных) вида (видов) медицинского вмешательства, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния))

Мне разъяснено, что при возникновении необходимости в осуществлении одного или нескольких видов медицинских вмешательств, в отношении которых оформлен настоящий отказ, я имею право оформить информированное добровольное согласие на такой (такие) вид (виды) медицинского вмешательства.

✓ \_\_\_\_\_

(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или законного представителя гражданина)

✓ \_\_\_\_\_

(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ г.

(дата оформления)

\_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г., регистрационный N 24082.

Общество с ограниченной ответственностью

**Центр интегральной медицины «Хроно»**

655017, г. Абакан, ул. Чехова, дом 95, корпус 2, тел. 213-360, 202-360,

ОГРН 1141901000174, ИНН/КПП 1901117253/190101001; [e-mail.mcdoppler@yandex.ru](mailto:e-mail.mcdoppler@yandex.ru)

Лицензия № ЛО-19-01-001067 от 25.06.2018,

выданная Министерством здравоохранения Республики Хакасия, срок действия лицензии: бессрочно

**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство**

Я, \_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)

\_\_\_\_\_ г. рождения, (дата рождения гражданина либо законного представителя),  
зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_

(адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

проживающий по адресу: \_\_\_\_\_

(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении \_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ г. рождения,

(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

проживающего по  
адресу: \_\_\_\_\_

(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н<sup>1</sup> (далее - виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/ получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в **Обществе с ограниченной ответственностью «Центр интегральной медицины «Хроно»** (полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником \_\_\_\_\_

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены 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". Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с [пунктом 5 части 5 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 или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

---

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

---

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

✓

---

(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

✓

---

(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

"\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

(дата оформления)

<sup>1</sup> Зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г., регистрационный N 24082.