

Общество с ограниченной ответственностью «Ланцет» в соответствии с требованиями, определенными Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утв. постановлением Правительства РФ от 4 октября 2012 г. № 1006) уведомляет Потребителя о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), 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.

_____ (ФИО, подпись)

Договор на оказание платных медицинских услуг

00.00.2023

г.

г. Владивосток

Общество с ограниченной ответственностью «Ланцет» (ИНН 2537111414, ОГРН1142537008503, свидетельство о государственной регистрации юридического лица серия 25 № 003546522 от 26 ноября 2014 года, выданное Инспекцией Федеральной налоговой службы по Первомайскому району г. Владивостока), в лице директора Шапкиной Светланы Викторовны, действующей на основании Устава, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны, и гражданин(ка)

Иванов Иван Иванович

_____ (ФИО)

06.10.0000

_____ (дата рождения)

паспорт гражданина РФ: серия 0000 номер 000000

выдавший орган: Первомайским РУВД гор. Владивостока дата выдачи: 00.00.2000

ПК, гор. Владивосток, ул.Светланская, дом 0, кв. 0

_____ (адрес места жительства)

именуемый(ая) в дальнейшем «Пациент», с другой стороны, вместе также именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Исполнитель на основании обращения Пациента обязуется оказать ему следующие медицинские услуги:

Отопластика

(далее – «медицинские услуги»), а Пациент обязуется их оплатить.

1.2. Исполнитель оказывает услуги по месту своего нахождения по адресу: г. Владивосток, ул. Калинина, д. 231В, литера 7, на основании лицензии на осуществление медицинской деятельности (регистрационный № ЛО41-01023-25/00337909 от 04 июля 2019 года, внесены изменения от 28.10.2022), выданной Департаментом здравоохранения Приморского края, (адрес: 690007, г. Владивосток, ул. 1 Морская д.2, тел/факс (423)241-35-14). Перечень услуг в соответствии с лицензией.

При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: сестринскому делу; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: детской онкологии, детской хирургии, косметологии, онкологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии, пластической хирургии, травматологии и ортопедии, управлению сестринской деятельностью, челюстно-лицевой хирургии. При оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по: анестезиологии и реаниматологии, детской хирургии, клинической лабораторной диагностике, пластической хирургии, рентгенологии, сестринскому делу, сестринскому делу в педиатрии, трансфузиологии, ультразвуковой диагностике, хирургии. При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги): при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе временной нетрудоспособности.

1.3. Условием предоставления Услуг является заключение в письменной форме настоящего Договора Сторонами.

1.4. Услуги предоставляются в полном объеме стандарта медицинской помощи, утвержденного Министерством здравоохранения Российской Федерации, либо по просьбе Пациента в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

1.5. Клиника уведомляет Пациента о возможности получения Услуг без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

1.6. Клиника уведомляет Пациента, что она не участвует в реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

1.7. В случае, если при предоставлении Услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных Услуг, не предусмотренных Договором и Приложениями, Клиника обязана предупредить об этом Пациента. Без согласия Пациента Клиника не вправе предоставлять дополнительные Услуги на возмездной основе.

1.8. В случае, если при предоставлении Услуг потребуются 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.

1.9. Услуги предоставляются только при наличии информированного добровольного согласия Пациента.

1.10. Информация о режиме работы Клиники, перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность Клиники в соответствии с лицензией, прейскурант (перечень) Услуг с указанием цен в рублях, сведения об условиях, порядке, форме предоставления Услуг и порядке их оплаты, а также сведения о специалистах Клиники, об уровне их профессионального образования и квалификации, а также иная установленная действующим законодательством Российской Федерации информация, размещается на сайте Клиники в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» (<http://www.drshapkin.ru>), а также на информационном стенде в помещении Клиники.

1.11. Все вопросы, не урегулированные настоящим Договором, решаются в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1. Своевременно оказать услуги при условии предварительного получения добровольного информированного согласия Пациента на медицинское вмешательство.

2.1.2. Обеспечить Пациента в установленном порядке информацией, включающей в себя сведения о месте оказания услуг, режиме работы, перечне платных медицинских услуг с указанием их стоимости, об условиях предоставления и получения этих услуг, а также сведения о квалификации и сертификации специалистов.

2.1.3. Использовать методы профилактики, диагностики, лечения, медицинские технологии, лекарственные средства, иммунобиологические препараты и дезинфекционные средства, разрешенные к применению в установленном действующим законодательством порядке.

2.1.4. Предоставлять Пациенту информацию о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения; об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению. По письменному заявлению выдавать медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг.

2.1.5. Соблюдать правила асептики и антисептики при проведении лечебных и диагностических процедур.

2.1.6. Соблюдать врачебную тайну, в том числе конфиденциальность персональных данных, используемых в медицинских информационных системах.

2.1.7. Уведомить пациента о том что, граждане, находящиеся на лечении в Клинике обязаны соблюдать режим лечения и рекомендации медицинского работника предоставляющего платную медицинскую услугу, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинской организации.

2.2. Пациент обязуется:

2.2.1. Перед заключением договора самостоятельно ознакомиться с правилами поведения, стандартами, порядком предоставления услуг, прейскурантом. Данная информация находится в доступном для Пациента месте (на рецепции клиники).

2.2.2. По запросу Исполнителя представить ему необходимые для качественного оказания услуг в рамках настоящего договора документы и материалы, касающиеся состояния здоровья и особенностей организма Пациента.

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

2.2.4. Своевременно информировать Исполнителя о любых обстоятельствах, препятствующих исполнению Пациентом настоящего Договора.

2.2.5. Заблаговременно информировать Исполнителя о необходимости отмены или изменении назначенного ему времени получения медицинской услуги.

2.2.6. Кроме того, Пациент обязан:

- 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.

2.3. Исполнитель имеет право:

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

2.3.2. Отказаться от исполнения обязательств по настоящему договору в одностороннем порядке при невозможности обеспечить безопасность услуги и (или) возникновении медицинских противопоказаний для осуществления лечебно-диагностических мероприятий при условиях наличия у пациента способности выразить свою волю, отсутствия угрозы для жизни Пациента и неотложности медицинского вмешательства.

2.3.3. Не приступать к оказанию услуг в случаях, когда имеет место нарушение Пациентом своих обязанностей по договору, которое препятствует исполнению Исполнителем договора при условиях наличия у Пациента способности выразить свою волю, отсутствия угрозы для жизни Пациента и неотложности медицинского вмешательства.

2.3.4. При отсутствии технических возможностей у Исполнителя для выполнения необходимых диагностических или лечебных мероприятий, Исполнитель оставляет за собой право направить Пациента в иную специализированную медицинскую организацию. Оплату услуг субисполнителей производит Пациент.

2.3.5. В случае опоздания Пациента более чем 15 (пятнадцать) минут по отношению к назначенному Пациенту времени приема, Исполнитель оставляет за собой право перенести время приема Пациента.

2.4. Пациент имеет право:

2.4.1. На получение имеющейся информации в доступной для него форме о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, результатах проведенного лечения, об оказываемой медицинской помощи, эффективности методов лечения, об используемых лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению.

2.4.2. На безопасность услуги.

2.4.3. На выбор врача.

2.4.4. На соблюдение Исполнителем сроков оказания медицинских услуг, исходя из их специфики.

- 2.4.5. На соблюдение качества оказываемых услуг при соразмерности предпринятых в условиях обоснованного риска усилий тяжести патологического процесса (заболевания), а также на отсутствие недостатков оказанных медицинских услуг.
- 2.4.6. На информацию об обстоятельствах, которые могут повлиять на качество оказываемой услуги.
- 2.4.7. Отказаться от получения медицинских услуг после заключения договора, при этом Пациент оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.
- 2.4.8. На информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, оперативное вмешательство, анестезиологию а также на отказ от медицинского вмешательства, оформленные в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.
- 2.5. Предоставление Исполнителем дополнительных медицинских услуг оформляется дополнительным соглашением Сторон и
- 2.6. Стороны обязуются хранить в тайне лечебную, финансовую и иную конфиденциальную информацию, полученную от другой Стороны при исполнении настоящего Договора.

3. ПОРЯДОК ИСПОЛНЕНИЯ И ОПЛАТЫ ДОГОВОРА

3.1. Условия получения Пациентом медицинских услуг:

100 процентов

3.2. Срок оказания медицинских услуг определяется в плане лечения, который заносится в амбулаторную карту Пациента.

3.3. Стоимость медицинских услуг в объеме, предусмотренном п. 1.1 настоящего договора составляет:

7000,00 руб.

Семьдесят тысяч рублей 00 копек

3.4. Стоимость услуг может быть увеличена по согласованию с Потребителем в случае оказания Потребителю дополнительных медицинских услуг, в том числе и по его просьбе. Пациент оплачивает стоимость медицинских услуг согласно прейскуранту Исполнителя. Своей подписью в настоящем договоре Пациент подтверждает факт ознакомления со стоимостью медицинских услуг и размерами подлежащих компенсации расходов Исполнителя, возникающих в ходе оказания медицинских услуг, установленными расценками прейскуранта.

3.5. Пациент компенсирует расходы Исполнителя на лекарственные средства, одноразовый инвентарь, содержание Пациента в стационаре и прочее, в полном объеме на основании наряда на оплату по факту оказания услуг.

3.6. Оплата по настоящему договору производится Пациентом наличным либо безналичным способом в следующем порядке:

3.6.1. Предоплата в размере

0

руб.

вносится Пациентом при заключении настоящего договора.

3.6.2. Окончательный расчет производится на основании наряда на оплату по факту оказания услуг в день его получения Пациентом. В случае направления наряда на оплату по электронной почте Пациента, указанной в разделе 7 настоящего договора, днем получения считается день отправки.

3.7. Стороны пришли к соглашению, что смета на оказание платных медицинских услуг Исполнителем не составляется.

4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

4.1. Исполнитель несет ответственность перед Пациентом за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего Договора, несоблюдение требований, предъявляемых к методам диагностики и лечения, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни Пациента.

4.2. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора, а также за возможные осложнения, в случае нарушения Пациентом условий настоящего Договора или возникшие по вине Пациента при невыполнении им требований и предписаний медперсонала Исполнителя, за нарушение сроков исполнения обязательств, возникших в связи с неявкой или несвоевременной явкой Пациента на прием к лечащему врачу, либо невыполнение в назначенные врачом сроки необходимых обследований, либо специальных видов лечения, без которых дальнейшее продолжение лечения невозможно, либо небезопасно. Нарушение сроков исполнения медицинских услуг и его причины указываются в медицинской карте.

4.3. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение платной медицинской услуги, если докажет, что неисполнение или ненадлежащее исполнение произошло вследствие непреодолимой силы, а также по иным основаниям, предусмотренным законом.

4.4. Исполнитель не несет ответственности за наступление осложнений, если медицинская услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований и осложнения возникли в связи с тем, что побочные эффекты и осложнения, возникли вследствие биологических особенностей организма и используемая технология оказания платной медицинской услуги не может полностью исключить их вероятность.

4.5. При надлежащем исполнении обязательств Клиникой, в соответствии с Договором и действующим законодательством, отсутствие ожидаемого результата не является основанием для признания обязательства не выполненным.

4.5. Пациент обязан полностью возместить Исполнителю понесенные убытки, если он не смог оказать услугу или был вынуждено прекратить оказание услуги по вине Пациента.

5. ПОРЯДОК РАССМОТРЕНИЯ СПОРОВ

- 5.1. Все разногласия по настоящему Договору решаются путем переговоров.
- 5.2. Стороны договорились о претензионном характере разрешения споров, приняв на себя дополнительное обязательство, проходить стадию досудебного урегулирования спора и обращаться за судебной защитой при полном или частичном не достижении заявленных в претензии требований.
- 5.3. Стороны договорились о том, что при возникновении между Исполнителем и Пациентом спора по поводу недостатков оказанной услуги по требованию любой из Сторон может быть назначена комплексная экспертиза, в том числе с привлечением независимых специалистов.
- 5.4. Расходы на экспертизу несет Исполнитель за исключением случаев, когда экспертизой установлено отсутствие нарушений Исполнителем условий договора или причинной связи между действиями Исполнителя и обнаруженными недостатками, или по соглашению между Сторонами, в этом случае расходы на экспертизу несут обе Стороны поровну.
- 5.5. В случае невозможности урегулирования спора путем переговоров, он разрешается в порядке, установленном законодательством РФ.

6. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

- 6.1. В связи с тем, что медицинская услуга по своему содержанию предполагает вмешательство в биологические процессы, не подконтрольные в полной мере воле человека, Исполнитель при надлежащем выполнении условий настоящего договора и правильном использовании достижений современной медицинской науки по объективным причинам не может гарантировать Пациенту достижение в 100 % случаев положительного результата оказания услуги, о чем последний предупреждается путем внесения в договор данного пункта.
- 6.2. Пациент уведомлен о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской и иной услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья заказчика (потребителя).
- 6.3. Следующие приложения являются неотъемлемой частью настоящего Договора: амбулаторная карта Пациента, планы лечения, информированные согласия и согласие на обработку персональных данных, информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство общая анестезия (наркоз)
- 6.4. Подписывая данный договор, Пациент подтверждает, что делает это сознательно и добровольно, без принуждения и давления обстоятельств, имея альтернативные варианты выбора врача и лечебного учреждения, что перед началом оказания медицинской услуги ознакомлен с прейскурантом, содержащим стоимость услуг Исполнителя, правилами поведения и внутреннего распорядка для пациентов, стандартами, вероятной продолжительностью оказания услуг, условиями и сроками гарантии и согласен с ними.
- 6.5. Настоящий договор вступает в силу с момента подписания его Сторонами и действует до полного исполнения ими принятых на себя обязательств.
- 6.6. Настоящий Договор составлен в двух подлинных экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из Сторон. Любые изменения и дополнения к настоящему договору действительны лишь при условии, что они совершены в письменной форме и подписаны сторонами или уполномоченными на то представителями сторон.

7. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

ИСПОЛНИТЕЛЬ

ООО «Ланцет»
690012, г.Владивосток, ул.Калинина, 231В, литера 7
Тел.266-77-99 (89024807799)
ИНН 2537111414 КПП 253701001
ОГРН 1142537008503
в ПАО «Дальневосточный банк» г. Владивосток
Р/с 40702810600120000342
к/с 30101810900000000705
БИК 040507705
адрес электронной почты: vlad.lancet@mail.ru

Директор

С.В. Шапкина

ПАЦИЕНТ

Иванов Иван Иванович

(ФИО)

ПК, гор. Владивосток, ул.Светланская, дом 0, кв. 0

0000 000000 Первомайским РУВД гор. 00.00.2000

(подпись)

ООО "Ланцет"

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство
Осмотр анестезиолога, общая анестезия (наркоз)

Я Иванов Иван Иванович
(фамилия, имя, отчество - полностью)
06.10.0000 года рождения, проживающий(ая) по адресу: ПК, гор. Владивосток, ул.Светланская, дом 0, кв. 0

Этот документ свидетельствует о том, что мне сообщена вся необходимая информация о предстоящей анестезии и что я согласен (согласна) с названными мне условиями проведения.

1. Я соглашаюсь с тем, что анестезию сегодня будет проводить врач-анестезиолог (Ф.И.О. врача) Притуло А. В.
2. Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о предстоящей общей анестезии:
- 2.1. о сути метода общей анестезии, выбранного для меня с учетом результатов предварительного обследования и сведений о состоянии моего здоровья;
- 2.2. о том, что применение любой анестезии связано с риском осложнений, которые могут быть обусловлены состоянием моего здоровья, а также невыявленными заболеваниями;
- 2.3. о возможных осложнениях при проведении искусственной вентиляции легких, что связано с моими анатомо-физиологическими особенностями. Может быть: боль в горле, осиплость голоса, тошнота, нарушение дыхания, травма зубов, гортано-глотки, пищевода, дыхательных путей.
- 2.4. о необходимости точного соблюдения дооперационных назначений и рекомендаций врача, поскольку их невыполнение мною может стать причиной развития местных и (или) общих осложнений во время проведения общей анестезии.
3. Я даю согласие:
- 3.1. на все подготовительные мероприятия;
- 3.2. на расширение и углубление (в случае необходимости) анестезиологического воздействия в процессе лечения;
- 3.3. на медицинские действия, которые Врач сочтет необходимыми для улучшения моего состояния в процессе лечения.
4. Я соглашаюсь на проведение лечения под предложенным мне видом общей анестезии, а именно: _____
- Мне известна степень анестезиологического риска, определенного по Международной классификации ASA как _____

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ: АСПЕКТЫ ПРАВА, МЕДИЦИНЫ, СЕРВИСА

- Я удостоверяю своей подписью следующие факты:
- данный документ мною внимательно изучен и мне полностью понятен,
 - врач-анестезиолог дал мне полные, исчерпывающие ответы на все мои вопросы;
 - я понимаю назначение данного документа;
 - я подтверждаю свое согласие на проведение лечения в условиях общей анестезии.

" ____ " _____ 20 ____ года. Подпись пациента/законного представителя

Расписался в моем присутствии:
Врач-анестезиолог Притуло А. В. (подпись)
(И.О.Фамилия)

ООО "Ланцет"

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я Иванов Иван Иванович
(фамилия, имя, отчество - полностью)
06.10.0000 года рождения, проживающий(ая) по адресу: ПК, гор. Владивосток, ул.Светланская, дом 0, кв. 0

- Мне согласно моей воле даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания (здоровья представляемого);

- Я ознакомлен (ознакомлена) с порядком и правилами лечебно-охранительного режима, установленного в данном лечебно-профилактическом учреждении и обязуюсь их соблюдать;

Добровольно даю свое согласие на проведение мне (представляемому), в соответствии с назначениями врача, диагностических исследований: анализа крови общего и биохимического, исследований крови на наличие вируса иммунодефицита человека, вирусных гепатитов, бледной трепонемы, анализа мочи общего, электрокардиографии; проведения рентгеновских, ультразвуковых и эндоскопических исследований и лечебных мероприятий: прием таблетированных препаратов, инъекций, внутривенных вливаний, диагностических и лечебных пункций, физиотерапевтических процедур. Необходимость других методов обследования и лечения будет мне разъяснена дополнительно, COVID-19

- Я информирован (информирована) о целях, характере и неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также о том, что предстоит мне (представляемому) делать во время их проведения;

- Я извещен (извещена) о том, что мне (представляемому) необходимо регулярно принимать назначенные препараты и другие методы лечения, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых непрописанных лекарств;

- Я предупрежден (предупреждена) и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима приема препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья;

- Я поставил (поставила) 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, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств;

- Я согласен (согласна) на осмотр другими медицинскими работниками и студентами медицинских вузов и колледжей исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны;

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

- Разрешаю, в случае необходимости, предоставить информацию о моем диагнозе, степени тяжести и характере моего заболевания моим родственникам, законным представителям, гражданам: _____

- Разрешаю посещение в лечебном учреждении представляемого ребенка или лица, признанного недееспособным, следующим гражданам: _____

В листе нетрудоспособности не нуждаюсь / нуждаюсь с

" ____ " _____ 20 ____ года. Подпись пациента/законного представителя

X

Расписался в моем присутствии:

Врач _____

Шапкина С.В.

(Должность, И.О.Фамилия)

(подпись)

X

Согласие на обработку и передачу персональных данных клиента

Я,

Иванов Иван Иванович

(ФИО)

06.10.0000

(дата рождения)

паспорт гражданина РФ

серия 0000

номер

000000

выдавший орган

Первомайским РУВД гор. Владивостока

дата выдачи

ПК, гор. Владивосток, ул.Светланская, дом 0, кв. 0

(адрес места жительства)

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. «О персональных данных» № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку уполномоченными сотрудниками общества с ограниченной ответственностью «Ланцет», ОГРН 1142537008503, место нахождения: Россия, 690012, г. Владивосток, ул. Калинина, 231В, лит. 7 (далее – «Оператор», «Клиника») моих персональных данных, а именно:

фамилию, имя, отчество, пол, место рождения, дату рождения, гражданство, место и дата регистрации, место жительства, адрес проживания, данные (реквизиты) документа, удостоверяющего личность (паспорта), адрес электронной почты, контактный телефон, реквизиты полиса ДМС (при наличии), СНИЛС, данные о состоянии моего здоровья (включая, в том числе, но не исключительно, анамнез, диагноз), случаях обращения за медицинской помощью, перечень, срок и объем оказанной медицинской помощи и иные персональные данные, обрабатываемые в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, а также в целях осуществления учета и контроля в системе добровольного медицинского страхования, проведения контроля качества и безопасности медицинских услуг (далее – «Персональные данные»).

Я предоставляю право работникам Оператора 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 (распространение, предоставление, доступ), 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 договорам ДМС, внесения их в электронную базу данных при наличии таковой.

В интересах моего обследования и лечения я предоставляю право работникам Оператора передавать мои персональные данные другим медицинским организациям в случае необходимости их привлечения для оказания отдельных видов медицинских услуг.

Оператор имеет право передавать соответствующую информацию в порядке ст. 13 Федерального закона от 21.11.2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Данное согласие действует с момента подписания до даты его отзыва мною путем направления Оператору подписанного мною соответствующего письменного заявления, которое может быть направлено мной в адрес Клиники по почте заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручено лично под расписку надлежаще уполномоченному представителю Клиники.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Оператор обязан прекратить их обработку и исключить персональные данные из базы данных, в том числе электронной, за исключением сведений о фамилии, имени, отчества.

Дата

00.00.2023

Подпись

Согласие на производство фото- и видеосъемки

Я,

Иванов Иван Иванович

(ФИО)

06.10.0000

(дата рождения)

паспорт гражданина РФ	серия 0000	номер	000000
выдавший орган	Первомайским РУВД гор. Владивостока	дата выдачи	00.00.2000
ПК, гор. Владивосток, ул.Светланская, дом 0, кв. 0			

(адрес места жительства)

Даю согласие Обществу с ограниченной ответственностью "Ланцет", адрес местонахождения 690012, г. Владивосток, ул. Калинина, д. 231 В, литера 7. ИНН2537111414 КПП253701001, ОГРН 1142537008503.

Даю согласие Обществу с ограниченной ответственностью "Ланцет" (далее ООО "Ланцет") на проведение моих видео- и фотосъемки, а также использование моих изображений без выплат мне вознаграждения. Настоящее согласие распространяется на мои изображения, полученные во время проведения операции.

ООО "Ланцет" имеет право обнародовать и в дальнейшем использовать мои изображения полностью или фрагментарно: воспроизводить, распространять путем отчуждения оригиналов изображений или их экземпляров. Осуществлять публичный показ, импортировать оригиналы или экземпляры изображений в целях распространения, сообщать в эфир и по кабелю, перерабатывать, доводить до всеобщего сведения в образовательных, научных и иных, не противоречащих законодательству Российской Федерации целях.

ООО "Ланцет" обязуется не использовать мои изображения способом, порочащими мою честь, достоинство и деловую репутацию, а в случае допущения вышеуказанных действий - незамедлительно прекратить нарушение моих прав после получения соответствующего требования от меня или от уполномоченных государственных органов.

Настоящее согласие действует в течении 3 (трех) календарных лет. Настоящее согласие может быть отозвано мной в письменной форме.

Дата

00.00.2023

Подпись