



Общество с ограниченной ответственностью ООО «АриВа-Мед», в лице генерального директора \_\_\_\_\_, действующего на основании Устава, с одной стороны и \_\_\_\_\_, именуемый(ая) в дальнейшем Потребитель (Пациент), с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

### 1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Исполнитель по настоящему договору в целях оказания медицинской помощи обязуется в полном объеме оказать платные медицинские услуги Потребителю (Пациенту) \_\_\_\_\_, предусмотренные стандартами медицинской помощи. Наименование и объем оказываемых медицинских услуг определяются на основании стандартов медицинской помощи, которые разрабатываются в соответствии с Номенклатурой услуг, утвержденной Приказом Минздрава России от 13.10.2017 г. № 804н (в ред.) "Об утверждении номенклатуры медицинских услуг", а Потребитель (Пациент) обязуется данные услуги оплатить.

Код мед. услуг	Номенклатура медицинских услуг	Код	Наименование медицинской услуги	Стоимость, руб.
ИТОГО:				

1.2. При возникновении необходимости оказания медицинских других услуг (в т.ч. консультаций или медицинских вмешательств), не предусмотренным настоящим договором, в соответствии с п. 4 ст. 84 Закона об охране здоровья граждан в РФ от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ (в ред.), а также в п. 11 Правил, утвержденных Постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 г. № 736, они могут быть выполнены в полном объеме стандарта медицинской помощи либо в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, а так же в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи, с оплатой по утвержденному прейскуранту по письменному согласию Потребителя (Пациента).

### 2. СВЕДЕНИЯ О ЛИЦЕНЗИЯХ

2.1. Номер и дата регистрации лицензии на осуществление медицинской деятельности: 041-01147-46/y00358893 от 15.12.2020 г.

2.2. Наименование, адрес места нахождения и телефон выдавшего лицензию лицензирующего органа: Комитет здравоохранения Курской области, г. Курск, Красная площадь, д. 6, тел. 8(4712)514720.

2.3. Виды услуг, составляющих медицинскую деятельность Исполнителя в соответствии с лицензией:

- при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: анестезиологии и реаниматологии, акушерскому делу, медицинскому массажу, медицинской статистике, операционному делу, организации сестринского дела, рентгенологии, сестринскому делу, сестринскому делу в педиатрии, функциональной диагностике;

- при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: педиатрии, терапии;

- при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: организации здравоохранения и общественному здоровью, терапии;

- при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерскому делу, медицинскому массажу, сестринскому делу, 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), косметологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии, сердечно-сосудистой хирургии, урологии, ультразвуковой диагностике, функциональной диагностике, хирургии, эндокринологии; - при оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по: акушерскому делу, акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности), анестезиологии и реаниматологии, лабораторной диагностике, клинической лабораторной диагностике, медицинской статистике, организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии, сестринскому делу, трансфузиологии, ультразвуковой диагностике, функциональной диагностике, хирургии; - при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе временной нетрудоспособности.

### 3. СТОИМОСТЬ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ

3.1. Срок оказания услуг: от 1 до 15 дней. Окончательный срок оказания медицинских услуг определяется в соответствии с назначением врача и записями в медицинской документации.

3.2. Срок ожидания предоставления платных медицинских услуг: до 30 дней момента подписания договора.

3.3. Потребитель (Пациент) подписывая настоящий договор, соглашается с тем, что перед его подписанием был проинформирован Исполнителем о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи, последствиях медицинского вмешательства и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи.

3.4. Исполнитель обязан: оказать Потребителю (Пациенту) квалифицированную, качественную медицинскую помощь в установленный договором срок; предоставить Потребителю (Пациенту) бесплатную, доступную, достоверную информацию о предоставляемой услуге.

3.5. Исполнитель имеет право в случае возникновения неотложных состояний самостоятельно определять объем исследований, манипуляций, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи, в том числе и не предусмотренной договором.

3.6. Исполнитель освобождается от ответственности за частичное или полное неисполнение своих обязательств по настоящему Договору, если их исполнению препятствует чрезвычайное и непредотвратимое при данных условиях обстоятельство (непреодолимая сила), как-то – пожар, наводнение, землетрясение, военные действия, режим чрезвычайного положения, введение эмбарго на импорт и/или экспорт, гражданские волнения, эпидемия, блокада, акты государственных органов или местного самоуправления, действия властей (государственных органов) и иные обстоятельства, препятствующие оказанию услуги и которые стороны не могли учесть при подписании договора.

3.7. Потребитель (Пациент) согласен с тем, что услуги, являющиеся предметом настоящего договора, могут быть оказаны с привлечением третьих лиц, которые имеют все предусмотренные законодательством Российской Федерации разрешения. Исполнитель при этом обязуется предоставить по требованию Потребителя (Пациента) полную и достоверную информацию о лице, фактически оказывающем услугу.

3.8. Потребитель (Пациент) обязан: информировать врача до оказания медицинской услуги о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях; точно выполнять назначения врача; своевременно оплатить стоимость услуг; соблюдать правила внутреннего распорядка Исполнителя. В случае одновременного наблюдения или лечения в других медицинских организациях информировать врача о назначениях и результатах обследования в этих медицинских организациях, а также предоставлять оригиналы/выписки/копии из назначений, осмотров, консультаций и проведенных медицинских и диагностических исследованиях и анализах.

3.9. Потребитель (Пациент) имеет право: на ознакомление с копией учредительного документа Исполнителя, с выпиской из единого государственного реестра юридических лиц, с выпиской из реестра лицензий Исполнителя на осуществление медицинской деятельности с приложением перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность; на ознакомление с информацией о порядках оказания медицинской помощи и стандартах медицинской помощи, применяемых при предоставлении платных медицинских услуг; с информацией о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации); на возмещение вреда в случае ненадлежащего оказания медицинской услуги по вине Исполнителя; отказаться от получения медицинской услуги и получить обратно оплаченную сумму с возмещением Исполнителю затрат, связанных с подготовкой оказания услуги.

3.10. Потребитель (Пациент) уведомлен, что проводимое в соответствии с настоящим Договором медицинское вмешательство может быть сопряжено с осложнениями и нарушениями функций организма, не являющимися дефектом медицинской помощи и врачебной ошибкой, а обусловленными состоянием здоровья пациента и применяемыми в современной медицине методами и методиками оказания медицинской помощи, что может повлечь увеличение продолжительности пребывания Потребителя (Пациента) в стационаре по сравнению со сроком, предусмотренным настоящим Договором.

3.11. Потребитель (Пациент) уведомлен, что в ходе оказания ему медицинской услуги могут быть выявлены физиологические особенности его организма, которые могут сделать невозможным дальнейшее оказание ему медицинской услуги по Договору (полностью или частично).

3.12. Исполнитель уведомляет Потребителя (Пациента) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего 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.

3.13. Исполнитель выдает Потребителю (Пациенту) копии медицинских документов (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 взимания дополнительной платы.

3.14. До Потребителя (Пациента) доведена информация о форме и способах направления обращений (жалоб) в органы государственной власти и организации: Министерство здравоохранения Курской области, горячая линия: 8(4712)58-78-86, 8(4712)58-78-87 сайт kurskzdrav.ru; Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Курской области, горячая линия: 8-800-300-84-50 сайт 46.gosprotrebnadzor.ru; Территориальный орган Росздравнадзора по Курской области, горячая линия по вопросам соблюдения прав граждан в сфере охраны здоровья: (4712)58-12-52 сайт 46reg.roszdravnadzor.gov.ru.

3.15. Потребитель (Пациент) соглашается с тем, что:

- Исполнитель перед оказанием медицинской услуги довел до сведения Потребителя (Пациента) информацию о стандартах медицинской помощи и клинических рекомендациях (при их наличии), с учетом и на основании которых (соответственно) оказываются медицинские услуги, путем размещения на сайте исполнителя (при наличии у исполнителя такого сайта) ссылок на "Официальный интернет-портал правовой информации" (www.pravo.gov.ru) и официальный сайт Министерства здравоохранения Российской Федерации, на котором размещен рубрикатор клинических рекомендаций, а также путем размещения указанных ссылок на информационном стенде Исполнителя.

- Исполнитель перед оказанием медицинской услуги довел до сведения Потребителя (Пациента) информацию о медицинском работнике(-ах), отвечающем(-щих) за предоставление соответствующей платной медицинской услуги (его/их профессиональном образовании и квалификации);

- Исполнитель перед оказанием медицинской услуги довел до сведения Потребителя (Пациента) информацию о графике работы медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг;

- Исполнитель перед оказанием медицинской услуги довел до сведения Потребителя (Пациента) информацию об образцах договоров используемых при оказании платных медицинских услуг.

- Исполнитель перед оказанием медицинской услуги довел до сведения Потребителя (Пациента) информацию о перечне категорий потребителей, имеющих право на получение льгот, а также перечень льгот, предоставляемых при оказании платных медицинских услуг, в случае их установления учредителем медицинской организации государственной системы здравоохранения или муниципальной системы здравоохранения и (или) руководителем медицинской организации частной системы здравоохранения.

#### 4. СРОК И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ

Оплата медицинских услуг производится до их оказания наличными денежными средствами или по безналичному расчету.

#### 5. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

5.1. Договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и действует до момента полного исполнения обязательств Сторон. Стороны вправе расторгнуть Договор по соглашению возместив фактически понесенные ими расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

5.2. Стороны несут ответственность по договору в соответствии с действующим законодательством.

5.3. В случае отказа Потребителя (Пациента) после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается, при этом Потребитель (Пациент) оплачивает Исполнителю фактически понесенные исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

5.4. Исполнитель вправе расторгнуть договор в одностороннем порядке, предусмотренном ст.ст. 421, 450.1 ГК РФ и иными нормативными правовыми актами. Исполнитель также вправе расторгнуть договор в одностороннем порядке, если в ходе оказания медицинской услуги будут выявлены физиологические особенности организма Потребителя (Пациента), которые делают дальнейшее оказание медицинской услуги по настоящему Договору невозможным. В этом случае Потребитель (Пациент) оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.

5.5. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу: один экземпляр для Исполнителя, другой для Потребителя (Пациента).

5.6. Аудио-, фото- и видеосъемка без согласования с Администратором Исполнителя ЗАПРЕЩЕНА.

#### 6. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

##### ИСПОЛНИТЕЛЬ

ООО «АриВа-Мед»  
Юридический адрес: 305040 г. Курск, ул. Павлуновского, д. 114, офис 1  
Фактический адрес: 305040, г. Курск, ул. Павлуновского, д. 114  
Телефон: +7(4712) 999-919  
Сайт: docpetrov46.ru  
ИНН 4632257946  
ОГРН 1194632009549  
Р/счет 40702810632050000259 в Курском РФ АО «Россельхозбанк» г. Курск

##### ПОТРЕБИТЕЛЬ (ПАЦИЕНТ)

Дата рождения:  
Телефон:  
Место регистрации:  
Адрес проживания:

Паспорт:  
Выдан:

Генеральный директор ООО «АриВа-Мед»  
\_\_\_\_\_/ ФИО

М.П.

\_\_\_\_\_/ФИО

### Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, \_\_\_\_\_ г.р., зарегистрированный(-ая) по адресу \_\_\_\_\_ 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. № 390н: -опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза; осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование; антропометрические исследования; термометрия; тонометрия; неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций; неинвазивные 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; функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, рэоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных); рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования; введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно; медицинский массаж; лечебная физкультура, а также на медицинские вмешательства и услуги, указанные в п.1.1. договора на оказание платных медицинских услуг от \_\_\_\_\_ г., для получения первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи в ООО «АриВа-Мед» Медицинским работником в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинского вмешательства, 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. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с п. 5 ч. 5 ст. 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья, в том числе после смерти.

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. медицинского работника)

\_\_\_\_\_  
Дата.

### Уведомление

Медицинский центр ООО «АриВа-Мед» уведомляет \_\_\_\_\_ о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) врачей-специалистов ООО «АриВа-Мед», предоставляющих платную медицинскую услугу, в том числе: рекомендуемого обследования, согласно стандартов медицинской помощи, утвержденным МЗ РФ, 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.  
Уведомление получил: ФИО \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Дата

### Уведомление о возможности получения медицинской помощи без взимания платы

При заключении договора потребителю (заказчику) предоставлена информация о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Настоящим заявлением потребитель (заказчик) дает свое согласие на получение платных медицинских услуг в ООО «АриВа-Мед» и согласен(на) оплатить стоимость медицинских услуг в соответствии с договором и прейскурантом цен.

### Согласие на обработку персональных данных

Я, \_\_\_\_\_ г.р., зарегистрированный(-ая) по адресу \_\_\_\_\_ в соответствии с требованиями статьи Федерального закона от 27.07.06 г. № 152-ФЗ "О персональных данных", подтверждаю свое согласие на обработку медицинским центром ООО «АриВа-Мед» (далее Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактный (е) телефон(ы), адрес электронной почты, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, диагнозах, случаях обращения за медицинской помощью в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг 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 должностным лицам Оператора, а также третьим лицам, привлекаемым Оператором с моего согласия 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. Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия. Настоящее согласие дано мною и действует бессрочно. 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 в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

### Согласие на СМС-оповещение на рекламную информацию

Даю свое согласие на получение информации об акциях, скидках, новостях и иных предложениях Исполнителя по указанному в договоре телефону.

Подпись субъекта Потребителя \_\_\_\_\_ ФИО

Подпись сотрудника организации \_\_\_\_\_ ФИО

### Согласие на осуществление фотосъемки или видеосъемки

Даю свое согласие на осуществление фотосъемки или видеосъемки меня, на использование своих изображений в сети Интернет, полученные в процессе съемки для рекламной кампании.

Подпись субъекта Потребителя \_\_\_\_\_ ФИО

Подпись сотрудника организации \_\_\_\_\_ ФИО

### Информированное добровольное согласие на госпитализацию, соблюдение режима и правил внутреннего распорядка, медицинское вмешательство

Я, \_\_\_\_\_ г.р. зарегистрированный(-ая) по адресу: \_\_\_\_\_, поставлен (а) в известность, что я госпитализирован(а) в гинекологическое отделение ООО "АриВа-Мед". Мне согласно моей воле даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания (здоровья представляемого);  
- Я получил подробное разъяснение по поводу диагноза, особенностей течения моего заболевания, вероятной длительности лечения и прогнозу (вероятность успешного исхода и исхода при отказе от лечения).  
Мне даны полные разъяснения по плану обследования и лечения (разъяснены варианты медицинского вмешательства, связанные с ними и их последствия).

- Я извещен о необходимости соблюдать режим в ходе лечения, регулярно принимать назначенные препараты, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачами прием любых не прописанных препаратов (например, для лечения простуды, головной боли и т.д.). Я извещен, что несоблюдение рекомендаций врача, режим приема препарата, бесконтрольное самолечение могут осложнить лечение и отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

- Я получил информацию об альтернативных методах лечения и имел возможность задать любые интересующиеся вопросы, получил на них удовлетворительные ответы. С предложенным планом обследования и лечения согласен.

Я поставил (поставила) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов и физиотерапевтических процедур, 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 жизни, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

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

- Я подтверждаю свое согласие на следующие виды медицинского вмешательства: опрос, в т. ч. выявление жалоб, сбор анамнеза; осмотр, в т. ч. пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование; антропометрические исследования; термометрия; тонометрия; неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций; исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы); лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические; функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, реоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных); рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования; введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикжно; медицинский массаж; лечебная физкультура; осмотр, опрос, сбор анамнеза врачом-физиотерапевтом и проведение мне (представляемому), в соответствии с назначениями врача физиотерапевтических процедур.

- Я информирован (информирована) о целях, характере и неблагоприятных эффектах физиотерапевтических 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 выполнять назначенные процедуры, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия;

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

- Я понимаю, что перечисленные вмешательства будут применены ко мне только в случае необходимости, с целью оказания медицинской помощи, включающей в себя комплекс лечебно-профилактических мероприятий по лечению и предупреждению развития заболеваний (в том числе инфекционных заболеваний), мероприятий по сохранению и восстановлению моего здоровья, при условии соблюдения предоставления мне полных и всесторонних разъяснений, данных мне по моей воле, о характере и возможных последствиях медицинского вмешательства. Мне разъяснены все возможные исходы и альтернативы предложенным медицинским вмешательствам.

- Я проинформирован, что все медицинские вмешательства проводятся только с соблюдением требований законодательства Российской Федерации.

- Я осознаю, что "невыполнение предписаний и рекомендаций выбранного мной врача может привести к неблагоприятным последствиям для моего здоровья.

- Я осознаю, что любое медицинское вмешательство связано с риском для здоровья. Понимаю, что во время медицинского вмешательства или после него могут появляться непредвиденные ранее неблагоприятные обстоятельства, а также возникнуть осложнения.

До моего сведения доведено, что указанные медицинские вмешательства не связаны с устранением непосредственной угрозы моей жизни, поэтому потребность в них не является абсолютной. С другой стороны, мне понятно, что откладывание или отказ от медицинского вмешательства могут привести к нарушениям со стороны работы органов и систем моего организма, что в итоге может неблагоприятно повлиять на мое здоровье и может ухудшить качество моей жизни. Я знаю, что имею право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, кроме случаев, предусмотренных федеральным законодательством. Прекращение медицинского вмешательства возможно только после оформления отказа от медицинского вмешательства в письменной форме.

- 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 (а) 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, гражданам:

Дата \_\_\_\_\_ Подпись пациента \_\_\_\_\_

Расписался в моем присутствии: \_\_\_\_\_ Врач \_\_\_\_\_  
должность, ФИО

### Информированное добровольное согласие на госпитализацию

Я, \_\_\_\_\_ г.р., зарегистрированный(-ая) по адресу \_\_\_\_\_, зарегистрированный(-ая) по адресу \_\_\_\_\_, поставлен (а) в известность, что я госпитализирован (а) в гинекологическое отделение ООО «АриВа-Мед».

- Мне согласен моей воли даны полные и всесторонние разъяснения о степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания;

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

- Добровольно даю свое согласие на проведение мне, в соответствии с назначениями врача, диагностических исследований: анализа крови общего и биохимического, исследований крови на наличие вируса иммунодефицита человека, вирусных гепатитов, бледной трепонема, 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;

- 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 делать во время их проведения;

- Я извещен (извещена) о том, что мне необходимо регулярно принимать назначенные препараты и другие методы лечения, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых, не прописанных 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 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 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 (а) 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, гражданам:

Дата \_\_\_\_\_ Подпись пациента \_\_\_\_\_

Расписался в моем присутствии: \_\_\_\_\_ Врач \_\_\_\_\_  
должность, ФИО

**Информированное добровольное согласие на оперативное вмешательство, в т.ч. переливание крови и ее компонентов**

Я, \_\_\_\_\_ г.р., зарегистрированный(-ая) по адресу \_\_\_\_\_, моб. \_\_\_\_\_, находясь на лечении (обследовании, родоразрешении) в гинекологическом отделении ООО «АриВа-Мед» добровольно даю свое согласие на проведение мне операции: \_\_\_\_\_ и прошу персонал медицинского учреждения о ее проведении.

Подтверждаю, что я ознакомлен (ознакомлена) с характером предстоящей мне (представляемому) операции. мне разъяснены и я понимаю особенности и ход предстоящего оперативного лечения.

- Мне разъяснено, и я осознаю, что во время операции могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения. В таком случае я согласен (согласна) на то, что ход операции может быть изменен врачами по их усмотрению.

- Я предупрежден (предупреждена) о факторах риска и понимаю, что проведение операции сопряжено с риском потери крови, возможностью инфекционных осложнений, нарушений со стороны сердечно-сосудистой и других систем жизнедеятельности организма, непреднамеренного причинения вреда здоровью и даже неблагоприятного исхода.

- Я предупрежден (предупреждена), что в ряде случаев могут потребоваться повторные операции, в т.ч. в связи с возможными послеоперационными осложнениями или с особенностями течения заболевания, и даю свое согласие на это.

- 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, в т.ч. носительстве ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитах, туберкулезе, инфекциях, передаваемых половым путем, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, принимаемых лекарственных средствах, проводившихся ранее переливаниях крови и ее компонентов. Сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

- Я знаю, что во время операции возможна потеря крови и \_\_\_\_\_ даю согласие на переливание донорской или ауто (собственной) крови и ее компонентов.

- Я согласен (согласна) на запись хода операции на информационные носители и демонстрацию лицам с медицинским образованием исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны.

- Мне была предоставлена возможность задать вопросы о степени риска и пользе оперативного вмешательства, в т.ч. переливаний донорской или ауто (собственной) крови и/или ее компонентов, и врач дал понятные мне исчерпывающие ответы.

- Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на \_\_\_\_\_

Дата Подпись пациента/законного представителя \_\_\_\_\_

Расписался в моем присутствии: \_\_\_\_\_

Врач

\_\_\_\_\_  
(должность, ФИО)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

**Информированное добровольное согласие на анестезиологическое обеспечение медицинского вмешательства**

Я \_\_\_\_\_ г.р., зарегистрированный(-ая) по адресу \_\_\_\_\_, моб. \_\_\_\_\_, находясь на лечении (обследовании, родоразрешении) в гинекологическом отделении ООО «АриВа-Мед» добровольно даю свое согласие на проведение мне \_\_\_\_\_

(название вида обезболивания, возможность изменения анестезиологической тактики)

- Я поставил(а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, пищи, бытовой химии, пыльцы цветов; обо всех перенесенных мною и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, анестезиологических пособиях; об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств;

- Я информирован(а) о целях, характере и неблагоприятных эффектах анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства, а также о том, что предстоит мне делать во время его проведения;

- Я предупрежден(а) о факторах риска и понимаю, что проведение анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства сопряжено с риском нарушений со стороны сердечно-сосудистой, нервной, дыхательной и других систем жизнедеятельности организма, непреднамеренного причинения вреда здоровью, и даже неблагоприятного исхода;

- Мне разъяснено, и я осознаю, что во время анестезиологического пособия могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения. В таком случае, я согласен (согласна) на то, что вид и тактика анестезиологического пособия может быть изменена врачами по их усмотрению;

- Я ознакомлен(а) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на проведение анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства в предложенном объеме.

О последствиях \_\_\_\_\_

(возможных осложнениях при выполнении анестезии)

и связанных с ними риском информирован (а) врачом анестезиологом-реаниматором:

\_\_\_\_\_  
(ФИО врача анестезиолога-реаниматора)

Дата

Подпись пациента \_\_\_\_\_

Расписался в моем присутствии:

Врач \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
должность, ФИО