

Общество с ограниченной ответственностью «АриВа-Мед», именуемое в дальнейшем Исполнитель, 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 заказчику платные медицинские услуги, предусмотренные стандартами медицинской помощи по ведению беременности по программе «Стандарт» согласно перечню услуг, указанного в приложении к настоящему Договору и являющегося неотъемлемой его частью. Наименование и объем оказываемых 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 принять данные услуги и оплатить.

**Стоимость услуг составляет семьдесят четыре тысячи рублей 00 копеек (74 000 рублей 00 коп.).**

1.2. При возникновении необходимости оказания других услуг (в т.ч. консультаций или медицинских вмешательств), не предусмотренным 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: Л041-01147-46/00358893 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 медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): -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, ультразвуковой диагностике, урологии, функциональной диагностике, хирургии, эндокринологии; -при оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): 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, клинической лабораторной диагностике, лабораторной диагностике, медицинской статистике, организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии, сестринскому делу, трансфузиологии, ультразвуковой диагностике, функциональной диагностике, -хирургии; -при проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: экспертизе временной нетрудоспособности.

### 3. СРОКИ И УСЛОВИЯ ОКАЗАНИЯ УСЛУГ

3.1. Срок оказания услуг: с момента заключения настоящего Договора, до момента родоразрешения, либо прекращения беременности по другим причинам, но не более 300 дней.

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

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:

3.4.1. Оказать Потребителю (Пациенту) квалифицированную, качественную медицинскую помощь в установленный договором срок, осуществлять своевременное медицинское наблюдение Пациента в полном объеме, в соответствии с Приказом Минздрава России от 20.10.2020 г. №1130н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология»» (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий) и другими нормативными правовыми актами, регулирующими правила и способы лечения в акушерско-гинекологической практике.

3.4.2. Предоставить Потребителю (Пациенту) бесплатную, доступную, достоверную информацию о предоставляемой услуге.

3.4.3. Информировать Потребителя (Пациента) о возможных осложнениях для матери и плода, а также о рисках отказа от госпитализации.

3.4.4. Назначать, согласовывать дату посещения врача акушера-гинеколога и других специалистов Исполнителем Потребителем (Пациентом).

3.4.5. Выдать Потребителю (Пациенту) по запросу листок нетрудоспособности на дородовой и послеродовой период, справки о беременности.

3.4.6. При наличии медицинских показаний у Потребителя (Пациента) произвести введение беременной анти-резусного иммуноглобулина без учета стоимости лекарственного средства.

3.5. Исполнитель имеет право:

3.5.1. При определении объема исследований и необходимых действий, направленных на установление диагноза и оказание медицинской услуги, самостоятельно привлекать в случае необходимости медицинских работников ООО «АриВа-Мед» и иных медицинских организаций.

3.5.2. В случае отсутствия лечащего врача в день, назначенный для проведения медицинской услуги, временно назначить другого лечащего врача.

3.5.3. Получать от Потребителя (Пациента) информацию, необходимую для выполнения своих обязательств по Настоящему Договору. В случае непредставления, предоставления неполной или неверной информации Потребителем (Пациентом) Исполнитель имеет право приостановить исполнение своих обязательств по настоящему Договору до предоставления необходимой информации, а в случае отказа это сделать – отказаться от дальнейшего оказания медицинской услуги и расторгнуть договор в одностороннем порядке.

3.5.4. Требовать от Потребителя (Пациента) соблюдения правил оказания медицинских услуг и правил внутреннего распорядка Потребителя (Пациента) у Исполнителя.

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 медицинские 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 Пациента полную и достоверную информации о лице, фактически оказывающем медицинскую услугу.

3.8. Потребитель (Пациент) обязан:

3.8.1. Предоставлять полную и достоверную информацию медицинскому работнику Исполнителя, непосредственно оказывающему услуги Потребителю (Пациенту) (далее – лечащий Врач) о состоянии своего здоровья, правдиво информировать лечащего Врача как до оказания медицинских услуг о перенесённых, так и/или возникших в период беременности заболеваниях, аллергических реакциях, противопоказаниях и сообщать другие сведения, необходимые для качественного оказания медицинских услуг.

3.8.2. При нахождении вне территории исполнителя и в случае возникновения ухудшения самочувствия и появлении симптомов, свидетельствующих о возникновении возможных осложнений беременности незамедлительно самостоятельно обратиться к лечащему Врачу или вызвать скорую медицинскую помощь по телефону 103/03.

3.8.3. В случае одновременного наблюдения или лечения в других медицинских организациях информировать лечащего 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 исследований и анализах.

3.8.4. Соблюдать правила внутреннего распорядка Исполнителя, его режим работы, другие требования Исполнителя, невыполнение которых влечет за собой невозможность оказания медицинской услуги Исполнителем.

3.8.5. Выполнять все рекомендации и назначения лечащего Врача, в том числе соблюдать указания, предписанные на период после оказания услуг.

3.8.6. При наличии сопутствующих заболеваний предоставить Исполнителю при заключении настоящего Договора документы, подтверждающие, что Потребитель (Пациент) состоит на учёте в профильной (специализированной) медицинской организации по следующим заболеваниям:

- Пороки сердца, за исключением пролапса митрального клапана 1-2 степени с регургитацией 1-2 степени;
- Миокардиты, кардиомиопатии;
- Аритмии сердца (требующие наблюдения в специализированном учреждении);
- Сахарный диабет (1 типа);
- Болезни крови (гемолитическая и апластическая анемия, гемобластозы, тромбоцитопении, болезнь Верльгофа, болезнь Виллибранда);
- Хронические заболевания лёгких (в стадии суб- и декомпенсации);
- Системные заболевания соединительной ткани;
- Язвенная болезнь желудка/двенадцатиперстной кишки с осложнениями в анамнезе;
- Системные заболевания соединительной ткани;
- Язвенная болезнь желудка/двенадцатиперстной кишки с осложнениями в анамнезе;
- Хронический активный гепатит, цирроз печени;
- Гломерулонефрит, амилоидоз почек, хроническая почечная недостаточность;
- Состояние после трансплантации органов;
- Энцефалопатии любого происхождения;
- Некомпенсированная эпилепсия и эписиндром, рассеянный склероз, нарушение мозгового кровообращения в анамнезе;
- Тромбозы, тромбоэмболии в анамнезе;
- Парезы, параличи в анамнезе;
- Туберкулёз любой локализации;
- Злокачественные новообразования (при отсутствии рекомендаций онколога о возможном пролонгировании беременности);
- Психические заболевания;
- Активный сифилис;
- Резус-изосенсибилизация и резус-конфликт в предыдущих беременностях, тяжёлые формы гемолитической болезни плода и новорожденного в анамнезе, неимунная водянка в анамнезе;
- Декомпенсация хронических экстрагенитальных заболеваний, не указанных выше;
- Наркотическая зависимость.

В случае, если Потребитель (Пациент) не предоставит своевременно такие документы, либо скроет наличие имеющихся заболеваний/патологических состояний, указанных в настоящем пункте, Исполнитель не несёт ответственности за возможные осложнения, вызванные оказанием Потребителю (Пациенту) медицинских услуг без учёта специфики соответствующих заболеваний, а также вправе приостановить оказание услуг до предоставления соответствующих документов.

3.9. Потребитель (Пациент) имеет право:

3.9.1. На получение качественной медицинской помощи в соответствии с действующими порядками и стандартами.

3.9.2. 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).

3.10. 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.

3.11. 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](http://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.rospotrebnadzor.ru](http://46.rospotrebnadzor.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](http://46reg.roszdravnadzor.gov.ru).

3.12. 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. 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).

3.13. Исполнитель уведомляет Потребителя (Пациента) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (лечащего врача/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 (Пациента).

3.14. 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](http://www.pravo.gov.ru)) и официальный сайт Министерства здравоохранения Российской Федерации, на котором размещен рубрикатор клинических рекомендаций, а также путем размещения указанных ссылок на информационных стендах 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

4.1. Оплата медицинских услуг производится наличными денежными средствами или по безналичному расчету.

4.2. Услуги оплачиваются 100% стоимости при заключении договора либо, по просьбе Потребителя (Пациента), в рассрочку в следующем порядке: 1. 50% стоимости услуг - при заключении настоящего Договора, а оставшиеся 50% - в течение 20-й недели беременности; 2. 40% стоимости услуг - при заключении настоящего Договора, 30% стоимости услуг в течение 20-й недели беременности, 30% - в течение 28-й недели беременности.

4.3. Настоящий договор является абонентским (ст. 429.4 Гражданского кодекса Российской Федерации). Это означает, что Потребитель (Пациент) обязан осуществить оплату по настоящему Договору независимо от того, было ли затребовано от Исполнителя оказание конкретной услуги, включенной в Приложение к настоящему Договору. В частности, стоимость услуг по Договору не подлежит уменьшению в случае невозможности оказания услуг по вине Пациента, в том числе, но не исключительно: в связи с отказом Потребителя (Пациента) от части услуг, указанных в Приложении к настоящему Договору, в связи с неявкой Потребителя (Пациента) для получения услуг, в связи с заключением настоящего Договора позднее 12-й недели беременности и т.д.

4.4. Исполнитель возвращает Потребителю (Пациенту) полученные по Договору денежные средства за вычетом стоимости фактически оказанных Исполнителем услуг согласно Прейскуранту Исполнителя, действующему на момент получения отказа, в случаях: прерывания беременности по медицинским показаниям, самопроизвольного выкидыша, преждевременных родов, неразвивающейся беременности.

#### 5. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

5.1. Договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и действует до полного исполнения обязательств Сторон. 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.

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

- 5.3. Договор может быть изменен или расторгнут на основании письменного соглашения Сторон.
- 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. Стороны договорились об обязательном досудебном претензионном порядке рассмотрения споров по настоящему договору. Спор может быть передан на рассмотрение в суд по истечении 30 дней со дня получения Стороной письменной претензии.
- 5.6. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу: один экземпляр для Исполнителя, другой для Потребителя (Пациента).
- 5.7. Аудио-, фото- и видеосъемка без согласования с Администрацией 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: docretrov46.ru  
ИНН 4632257946  
ОГРН 1194632009549  
Р/счет 40702810632050000259 в Курском РФ АО «Россельхозбанк» г. Курск  
Генеральный директор ООО «АриВа-Мед»

\_\_\_\_\_/ ФИО

М.П.

##### **ПОТРЕБИТЕЛЬ (ПАЦИЕНТ)**

\_\_\_\_\_  
Дата рождения:  
Телефон:  
Место регистрации:  
Адрес проживания:

Паспорт:  
Выдан:

\_\_\_\_\_/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, 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, внутрикочно; 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 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. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»; введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикочно; 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 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. № 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 Потребителя (Пациента).

### 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.

Уведомление получил: ФИО \_\_\_\_\_

Дата. \_\_\_\_\_

### 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.

Подпись субъекта персональных данных \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_

### Согласие на СМС-оповещения на рекламную информацию

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

Подпись потребителя \_\_\_\_\_ ФИО \_\_\_\_\_

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

### Согласие на осуществление фотосъемки или видеосъемки

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

Подпись субъекта потребителя \_\_\_\_\_

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

**ПЕРЕЧЕНЬ УСЛУГ ПО ВЕДЕНИЮ БЕРЕМЕННОСТИ**

**Программа «Стандарт»**

Наименование услуги	Количество услуг	Отметки
<b>Приём специалистов</b>		
Приём акушера-гинеколога	7	
Приём терапевта	2	
Приём уролога	1	
Приём стоматолога	2	
Приём офтальмолога	1	
Психолог	2	
Прием акушера-гинеколога по результатам исследований	3	
<b>Общие анализы крови</b>		
Клинический анализ крови	3	
Ретикулоциты	1	
Группа-крови/резус-фактор	1	
Комплекс «ВИЧ, гепатит В, С, сифилис»	2	
<b>Биохимический анализ крови</b>		
Общий белок	2	
Мочевина	2	
Креатинин	2	
Билирубин общий	2	
Билирубин прямой	2	
АлТ	2	
АсТ	2	
Холестерин	1	
Железо	3	
Ферритин	3	
С-реактивный белок	2	
Глюкоза	3	
Глюкозотолерантный тест (3 пробы)	1	
ТТГ	1	
Антитела к ТПО	1	
Дополнительное лабораторное исследование (по показаниям)	1	
<b>Анализ на свёртываемость крови</b>		
Д-Димер	1	
АЧТВ	2	
Фибриноген	2	
Протромб., МНО, тромб. время	2	
<b>Анализ на антитела (TORCH)</b>		
Краснуха (IgG)	1	
Краснуха (IgM)	1	
<b>Анализ мочи</b>		
Общий анализ мочи	7	
Экспресс тест на определение белка в моче/кетоновых тел	4	
Посев мочи на микрофлору	1	
<b>Гинекологические анализы</b>		
Мазок на флору	2	
Мазок на онкоцитологию	1	
Посев на стрептококк группы В	1	
Кольпотест	2	
<b>Диагностика</b>		
ЭКГ с расшифровкой	2	
УЗИ диагностика беременности	1	
Скрининг 1 триместра	1	
Скрининг 2 триместра с определением пола плода	1	
УЗИ 3 триместра	1	
Доплерометрия	2	
Кардиотокография плода (КТГ)	3	
УЗИ молочных желез	1	
УЗИ почек	1	
<b>Школа будущих мам</b>		
Курс занятий по подготовке к родам и рождению ребенка	3	

**Документы**

Родовой сертификат	1	
Обменная карта	1	
Выдача листка нетрудоспособности при наличии показаний	неогр.	
Ведение мед.документации	вкл.	
<b>Анализы крови для отца</b>		
АТ к ВИЧ (1,2)	1	

**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: docretrov46.ru  
ИНН 4632257946  
ОГРН 1194632009549  
Р/счет 40702810632050000259 в Курском РФ АО «Россельхозбанк» г.  
Курск

Генеральный директор ООО «АриВа-Мед»

\_\_\_\_\_/ ФИО

М.П.

**ПОТРЕБИТЕЛЬ (ПАЦИЕНТ)**

\_\_\_\_\_  
Дата рождения:  
Телефон:  
Место регистрации:  
Адрес проживания:

Паспорт:

Выдан:

\_\_\_\_\_/ФИО