УВЕДОМЛЕНИЕ ДО ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРА ВОЗМЕЗДНОГО ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Общество с ограниченной ответственностью «Томограф-Ас» уведомляет Потребителя и (или) Заказчика о том, что **несоблюдение указаний (рекомендаций) назначений (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения,** в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности**, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя.** Граждане, находящиеся на лечении, обязаны соблюдать режим лечения и правила поведения Потребителя в медицинской организации.

До заключения договора Потребитель и (или) Заказчик ознакомлены в наглядной и доступной форме со следующей информацией и ему разъяснены сведения:

- о возможности получения соответствующих видов услуг 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;
- о Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;
- о ближайшей медицинской организации, предоставляющей аналогичные услуги по системе ОМС;
- о порядках оказания медицинской помощи и стандартах медицинской помощи (при наличии), в соответствии и с учетом которых оказываются платные медицинские услуги, а также о клинических рекомендациях, применяемых при предоставлении платных медицинских услуг, утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации, а также информация о возможности осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи;
- о Правилах предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утверждённых постановлением Правительства РФ от 30.05.2026 г. № 659);
- о сроках предоставления платных медицинских услуг;
- о возможности осуществления отдельных медицинских вмешательств в объеме, превышающем стандарт медпомощи;
- о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;
- о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, об уровне их профессионального образования и о квалификации;
- о перечне платных медицинских услуг с указанием их стоимости в рублях (Прейскурант цен Исполнителя (Приложение №1);
- об условиях, порядке, сроках, форме предоставления медицинских услуг и порядке их оплаты;
- порядке сбора, обработки и хранении моих персональных данных;
- о том, что Исполнителем не предусмотрено возмездное оказание медицинских услуг анонимно;
- о Порядке и сроках предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них (утверждённых приказом Министерства здравоохранения РФ от 31.07.2020 г. №789н);
- о местонахождении, режиме работы Исполнителя, графике работы медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг.

Дата	Фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии)/дата рождения **Потребителя**	Подпись
Дата	Фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии)/дата рождения **Заказчика** (законного представителя) (либо наименование и ИНН, если Заказчик – *юридическое лицо или индивидуальный предприниматель*)	Подпись

ДОГОВОР ВОЗМЕЗДНОГО ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ	№	
г. Владивосток	дата	

СВЕДЕНИЯ ОБ ИСПОЛНИТЕЛЕ:

Наименование:		Общество с ограниченной ответственностью «Томограф-Ас»			
Фирменное наименование:		«Томограф-Ас»	именуемое в дальнейшем:	**«Исполнитель»**	
ИНН	2538101842	Адрес юридического лица / адрес места оказания услуг:	690033, Приморский край, г. Владивосток, ул. Гамарника, д. 3Б		
ОГРН	1062538089514				
Сайт:	https://asklepiy-dv.ru/	Электронная почта:	tomograf-As@askl-dv.ru		

СВЕДЕНИЯ О ЛИЦЕ ЗАКЛЮЧАЮЩЕМ ДОГОВОР ОТ ИМЕНИ ИСПОЛНИТЕЛЯ:

Главный врач Черникова Мария Анатольевна, действующая на основании доверенности № 11/04-26Т от 20.04.2026 г.

СВЕДЕНИЯ О ЛИЦЕНЗИИ НА ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ:

Регистрационный номер:	№ Л041-01023-25/00291135	Дата предоставления лицензии:	31.01.2014 г.	Срок действия:	Бессрочно
Лицензирующий орган,	Министерство здравоохранения Приморского края Адрес: 690007, Приморский край, г. Владивосток, ул. 1-ая Морская, д. 2, тел. 8 (423) 241-35-14				

предоставивший лицензию:	

Перечень выполняемых (оказываемых) работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, указанных в едином реестре лицензий Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения, в рамках предоставляемых в соответствии с договором платных медицинских услуг: при оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: рентгенологии; сестринскому делу; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; терапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: нейрохирургии; организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; рентгенологии; ультразвуковой диагностике; при проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: экспертизе временной нетрудоспособности.

СВЕДЕНИЯ О ПОТРЕБИТЕЛЕ *(Пациенте):*				
Фамилия, имя и отчество (при наличии)				
Адрес места жительства				
Иной адрес (фактический) для направления ответа на письменные обращения (при наличии)				
Согласие на передачу результатов медицинских исследований и иной информации, связанной с врачебной тайной, посредством направления на электронную почту:	Согласен		Возражаю	
Адрес электронной почты для направления информации				
Номер телефона				
Данные документа, удостоверяющего личность:	Серия		Номер	
Выдан				
Кем и когда выдан				
Иной документ подтверждающий полномочия				
Страховой номер индивидуального лицевого счёта (СНИЛС)	Номер			
именуемый в дальнейшем **«Потребитель»,**				
СВЕДЕНИЯ О ЗАКАЗЧИКЕ, в том числе законный представитель *(заполняется, если договор заключён Заказчиком в пользу Потребителя):*				
Фамилия, имя и отчество (при наличии)				
Адрес места жительства				
Иной адрес для направления ответа на письменные обращения (при наличии)				
Адрес электронной почты для направления информации				
Номер телефона				
Данные документа, удостоверяющего личность:	Серия		Номер	
Выдан				
Кем и когда выдан				
Документ, подтверждающий опекунство/попечительство/усыновление (вместо свидетельства о рождении)				
Наименование, адрес, ОГРН(ИП) и ИНН (*если Заказчик – юридическое лицо или индивидуальный предприниматель)*	Наименование:		ОГРН(ИП):	
	Адрес:		ИНН:	
именуемый в дальнейшем **«Заказчик»,**				

вместе именуемые, как стороны договора (далее – **«Стороны»**), заключили настоящий договор возмездного оказания медицинских услуг (далее – **«Договор»**) о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА, СРОКИ ОКАЗАНИЯ УСЛУГ	
1.1.	Исполнитель обязуется по заданию Потребителя оказать медицинские услуги (далее – **«Услуги»**), а Потребитель обязуется принять и оплатить эти Услуги.
1.2.	Перечень Услуг, предоставляемых в соответствии с Договором и стоимость этих услуг, определяются согласно Прейскуранта цен Исполнителя (Приложение № 1), указываются соответственно в сметах (Приложение № 2), приложениях, являющихся неотъемлемой частью Договора.

1.3.	Сроки предоставления услуг согласуются Сторонами при каждом последующем посещении и указываются путем внесения записи в медицинскую документацию о назначении следующего визита Потребителя к Исполнителю и оказываются до момента выполнения Исполнителем обязательств по данному Договору и Приложениям к нему в полном объеме.
2. УСЛОВИЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГ	
2.1.	Условием предоставления Услуг является заключение Сторонами в письменной форме настоящего Договора.
2.2.	Медицинская помощь при предоставлении Услуг организуется и оказывается в соответствии с положением об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, которое утверждается Министерством здравоохранения Российской Федерации; в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями; в соответствии с выданными лицензиям; на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи, утверждаемых Министерством здравоохранения Российской Федерации.
2.3.	Услуги предоставляются с учётом номенклатуры медицинских услуг, утверждаемой Министерством здравоохранения Российской Федерации, и могут оказываться в полном объеме стандарта медицинской помощи либо в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи, по письменному заявлению Потребителя, либо по письменному заявлению Потребителя и Заказчика (в случае если договор заключен Заказчиком в пользу Потребителя) согласно рекомендуемой Исполнителем формы.
2.4.	Качество предоставляемых Услуг соответствует обязательным требованиям к качеству медицинских услуг, установленных действующим законодательством Российской Федерации и условиям Договора.
2.5.	Исполнитель при заключении данного Договора предоставил Потребителю и Заказчику в доступной форме информацию:
2.5.1.	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.
2.5.2.	О порядках оказания медицинской помощи и стандартах медицинской помощи, в соответствии и с учетом которых оказываются платные медицинские услуги, о клинических рекомендациях, применяемых при предоставлении платных медицинских услуг, утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации.
2.5.3.	О возможности осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.
2.5.4.	О медицинском работнике, отвечающем за предоставление Услуги (его профессиональном образовании и квалификации).
2.5.5.	О том, что несоблюдение назначений (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок и (или) отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя.
2.5.6.	Об обязанности Потребителя соблюдать установленный режим лечения, в том числе определенный на период временной нетрудоспособности, и правила поведения Потребителя в медицинской организации.
2.6.	Исполнитель уведомляет Потребителя, что он не участвует в реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.
2.7.	В случае, если при предоставлении Услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных Услуг, не предусмотренных Договором, Исполнитель обязан предупредить об этом Потребителя, устно озвучив конкретные медицинские услуги и их стоимость. Оказанные дополнительные медицинские услуги будут внесены в бланк-заказ и (или) смету и (или) акт оказанных услуг (выполненных работ).
2.7.1.	На последующие обращения Потребителя Сторонами оформляется бланк-заказ и (или) смета и (или) акт оказанных услуг (выполненных работ), которые являются приложениями к Договору, с указанием конкретных медицинских услуг и их стоимости.
2.7.2.	По требованию Потребителя и (или) Заказчика или Исполнителя может быть составлена смета, которая является приложением к настоящему Договору.
2.8.	При предоставлении платных медицинских услуг расходы, связанные с оказанием гражданам медицинской помощи в экстренной форме, возмещаются Исполнителю в порядке и размерах, которые установлены органами государственной власти субъектов Российской Федерации в рамках территориальных программ в соответствии с пунктом 10 части 2 статьи 81 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
2.9.	Услуги предоставляются при наличии информированного добровольного согласия Потребителя на соответствующее медицинское вмешательство. Информированное добровольное согласие является медицинским документом и оформляется до медицинского вмешательства, а также при изменении объема, характера или условий медицинского вмешательства. При оформлении информированного

	добровольного согласия Потребитель вправе определить лиц, которым в интересах Потребителя может быть передана информация о состоянии здоровья Потребителя.
2.10.	Результатом оказания услуги по проведению ультразвуковой диагностики является заключение врача-ультразвуковой диагностики на бумажном носителе, а также распечатанные на бумажном носителе изображения ультразвукового исследования (выборочно значимых). Запись результатов исследования на компакт-диск (CD), флеш-накопитель, распечатка изображений на плёнке либо предоставление их на ином материальном носителе являются отдельной услугой, которая оказывается за дополнительную плату, если иное не предусмотрено Договором и (или) законодательством Российской Федерации.
2.11.	Результатом оказания услуги по проведению рентгенологического исследования (в том числе маммографии) является заключение врача-рентгенолога на бумажном носителе, а также распечатанные на бумажном носителе изображения рентгенограмм. Запись результатов исследования на компакт-диск (CD), флеш-накопитель, распечатка изображений на рентгенологической плёнке либо предоставление их на ином материальном носителе являются отдельной услугой, которая оказывается за дополнительную плату, если иное не предусмотрено Договором и (или) законодательством Российской Федерации.
2.12.	Стороны признают, даже при надлежащим выполнении обеими Сторонами (Исполнителем и Потребителем) своих обязательств по Договору, отсутствии дефектов медицинской помощи, применении результативных и зарекомендовавших себя достижений современной медицинской науки, результат оказания медицинской услуги не является на 100% прогнозируемым и может выражаться как в восстановлении, улучшении здоровья, так и в отсутствии каких-либо изменений и даже в ухудшении патологических процессов.
2.13.	Исполнитель предоставляет Потребителю по его требованию и в доступной для него форме информацию:
2.13.1.	О состоянии его здоровья, в том числе сведения о результатах медицинского обследования, об установленном диагнозе, о методах лечения, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, об их последствиях, а также о предполагаемых результатах лечения.
2.13.2.	Об используемых при предоставлении Услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их службы (сроках годности, гарантийных сроках), медицинских показаниях (медицинских противопоказаниях), а также сведения, позволяющие идентифицировать имплантированное в организм Потребителя медицинское изделие.
2.13.3.	Информация о режиме работы Исполнителя, перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность Исполнителя в соответствии с лицензией, прейскурант (перечень) Услуг с указанием цен в рублях, сведения об условиях, порядке, форме предоставления Услуг и порядке их оплаты, сведения о медицинских работниках Исполнителя, отвечающих за предоставление соответствующей платной медицинской услуги (об уровне их профессионального образования и о квалификации), а также иная установленная действующим законодательством Российской Федерации информация, размещается на сайте Исполнителя в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» (https://asklepiy-dv.ru), а также на информационном стенде в помещении Исполнителя, в том числе электронных Инфоматах (при их наличии).
2.13.4.	Все вопросы, не урегулированные настоящим Договором, решаются в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.
3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН	
3.1. **ИСПОЛНИТЕЛЬ ОБЯЗУЕТСЯ:**	
3.1.1.	Обеспечивать соответствие Услуг требованиям и качеству, установленными действующим законодательством Российской Федерации.
3.1.2.	Обеспечивать оказание Услуг в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, а также создавать условия, обеспечивающие соответствие оказываемой медицинской помощи критериям оценки качества медицинской помощи.
3.1.3.	Соблюдать врачебную тайну, в том числе конфиденциальность персональных данных, используемых в медицинских информационных системах. С письменного согласия Потребителя допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, другим гражданам, в том числе должностным лицам, в целях медицинского обследования и лечения Потребителя, проведения научных исследований, их опубликования в научных изданиях, использования в учебном процессе и в иных целях. Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия Потребителя допускается в случаях, установленных ст. 13 ФЗ РФ №323-ФЗ от 21.11.2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в частности, при обмене информацией медицинскими организациями, в том числе размещенной в медицинских информационных системах, в целях оказания медицинской помощи с учетом требований законодательства Российской Федерации о персональных данных.
3.1.4.	Вести медицинскую документацию в установленном порядке, обеспечивать ее учет и хранение.
3.1.5.	Выдавать Потребителю после исполнения Договора Исполнителем медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние здоровья Потребителя после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах медицинского обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, без взимания дополнительной

	платы.
3.2. **ПОТРЕБИТЕЛЬ ОБЯЗУЕТСЯ:**	
3.2.1.	До оказания Услуги сообщить достоверные и полные сведения о состоянии здоровья, о перенесённых и имеющихся у него заболеваниях, аллергических реакциях, индивидуальных противопоказаниях к применению средств и препаратов, медицинских процедур, о состоянии беременности и (или) лактации, о ранее проведённых медицинских вмешательствах, а также иную информацию, которая может повлиять на результат Услуги, в том числе своевременно, достоверно и полно информировать о любых изменениях указанных сведений.
3.2.2.	Заботиться о сохранении своего здоровья, выполнять назначения медицинского персонала Исполнителя, соблюдать режим лечения и правила поведения Потребителя в медицинской организации.
3.2.3.	Немедленно извещать Исполнителя об изменениях в состоянии здоровья в процессе оказания Услуг и по их завершению, выражавшиеся в том числе, но не ограничиваясь, в наступлении улучшений, отсутствии положительной динамики, ухудшении самочувствия (температура, озноб, кашель, болевой синдром и т.д.).
3.2.4.	Извещать не позднее, чем за один рабочий день о невозможности планового посещения лечащего врача. При этом, Потребитель, которому открыт листок нетрудоспособности, информирован, что в случае его неявки на плановый приём, данное нарушение со стороны Потребителя подлежит внесению в листок нетрудоспособности, если иной порядок не предусмотрен приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации № 1089 от 23.11.2021 г.
3.2.5.	Оплатить оказанную Исполнителем Услугу в порядке и сроки, которые установлены Договором.
3.2.6.	Выполнять требования, обеспечивающие качественное предоставление Услуг, сообщать Исполнителю необходимые для этого сведения, соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период его временной нетрудоспособности, и правила поведения Потребителя в медицинской организации. Потребитель обязуется соблюдать рекомендации по подготовке к медицинскому вмешательству, режим после медицинского вмешательства, установленные ограничения и сроки контрольных осмотров, а также незамедлительно сообщать Исполнителю об изменении состояния здоровья и о возникновении необычных реакций после медицинского вмешательства.
3.3. **ИСПОЛНИТЕЛЬ ВПРАВЕ:**	
3.3.1.	Исполнитель, по предварительному согласованию и (или) по просьбе Потребителя, при наличии организационной возможности, вправе заменить медицинского работника при его временном отсутствии, болезни, отпуске или занятости, направив Потребителя к другому специалисту соответствующего профиля и квалификации.
3.3.2.	В случае возникновения неотложных состояний Потребителя, самостоятельно определять объем исследований, лечения, манипуляций, тактических действий, способы, этапы и последовательность оказания медицинской помощи в соответствии с медицинскими показаниями и медицинскими противопоказаниями, состоянием здоровья Потребителя и обязательными требованиями, предъявляемыми законодательством Российской Федерации.
3.3.3.	Оказывать Услуги по настоящему Договору своими силами или привлекать третьих лиц, за действия которых Исполнитель несет ответственность, как за свои собственные.
3.3.4.	Не приступать к оказанию новых Услуг, а начатые Услуги, предварительно уведомив Потребителя, приостановить и (или) перенести срок оказания Услуг в случае неоплаты или несвоевременной оплаты Потребителем Услуг в соответствии с Договором, а также в случае, если Потребитель настаивает на лечении, которое не соответствует действующим стандартам медицинской помощи, клиническим рекомендациям, требованиям к технологии, медицинским показаниям; при выявлении противопоказаний, изменении состояния здоровья Потребителя, отсутствии информированного добровольного согласия Потребителя, непредставлении Потребителем необходимых сведений о состоянии здоровья, нахождении Потребителя в состоянии опьянения (алкогольного, наркотического или иного токсического), нарушении правил поведения Потребителя в медицинской организации либо при невозможности безопасного оказания медицинской помощи, за исключением случаев оказания медицинской помощи в экстренной форме.
3.3.5.	Изменять прейскурант (перечень) Услуг в одностороннем порядке, путём размещения на сайте Исполнителя, а также на информационном стенде (Инфомате) и в уголке Потребителя.
3.3.6.	Требовать от Потребителя выполнения всех предписаний, назначений, рекомендаций и условий, обеспечивающих своевременное, эффективное и качественное предоставление Услуги в процессе ее оказания и после ее завершения.
3.3.7.	Предоставлять сведения, составляющие врачебную тайну, без согласия Потребителя при угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений; при обмене информацией медицинскими организациями, в том числе размещенной в медицинских информационных системах, в целях оказания медицинской помощи с учетом требований законодательства Российской Федерации о персональных данных; в целях осуществления контроля качества и безопасности медицинской деятельности; в иных случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

3.3.8.	Производить фото-, аудио- и (или) видеосъемку на территории Исполнителя, в том числе при оказании медицинских услуг (медицинской помощи), в целях внутреннего контроля качества и безопасности оказания Услуг, согласно законодательства Российской Федерации и внутренних локальных актов Исполнителя.
3.4. **ПОТРЕБИТЕЛЬ ИМЕЕТ ПРАВО:**	
3.4.1.	На получение имеющейся информации в доступной для него форме о результатах медицинского обследования, наличии заболевания, его диагнозе, методе 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 службы (сроках годности), медицинских показаниях (медицинских противопоказаниях) к применению, а также на сведения, позволяющие идентифицировать имплантированное в организм Потребителя медицинское изделие.
3.4.2.	На информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, а также на отказ от медицинского вмешательства, оформленные в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.
3.4.3.	На выбор лечащего врача с учетом возможностей Исполнителя и согласия врача.
3.4.4.	На отказ от получения Услуг после заключения Договора, с оплатой Исполнителю фактически понесенных расходов, связанных с исполнением обязательств по Договору.
3.4.5.	На выбор круга лиц, которым Исполнитель вправе передавать конфиденциальную информацию (включая данные, составляющие врачебную тайну), а также на выбор срока действия данного согласия и перечня сведений для передачи указанным Потребителем лицам: о факте обращения за оказанием медицинской помощи, о состоянии здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении.
3.4.6.	На ознакомление с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья Потребителя, получение по запросу медицинских документов (их копий) и выписок из них согласно законодательства Российской Федерации.
4. СТОИМОСТЬ, СРОКИ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ УСЛУГ	
4.1.	Стоимость медицинских услуг определяется согласно Прейскуранта цен Исполнителя и указывается соответственно в сметах и (или) бланк-заказах и (или) актах оказанных услуг (выполненных работ), приложениях, являющихся неотъемлемой частью Договора. Оплата Услуг Исполнителя осуществляется путем использования национальных платежных инструментов, либо, по выбору Потребителя, путем внесения им наличных денежных средств в кассу Исполнителя либо путём перевода цифровых рублей либо путём банковского перевода на расчётный счёт Исполнителя, в размере, указанном соответственно в сметах и (или) бланк-заказах и (или) актах оказанных услуг (актах выполненных работ), приложениях, являющихся неотъемлемой частью Договора.
4.2.	Потребитель оплачивает оказываемые Услуги в полном размере по данному Договору, по стоимости, указанной соответственно в сметах и (или) бланк-заказах и (или) актах оказанных услуг (выполненных работ), приложениях, являющихся неотъемлемой частью Договора, по своему выбору, в следующем порядке: - 100% авансовым платежом в день получения Услуги до момента оказания Услуги; - непосредственно после получения Услуги в день ее получения.
4.3.	По требованию Потребителя и (или) Заказчика или Исполнителя, на предоставление Услуг может быть составлена смета, являющаяся неотъемлемой частью Договора. Изменение твёрдой сметы допускается по соглашению Сторон, оформленному надлежащим образом, и в иных случаях, установленных законодательством Российской Федерации.
4.4.	После оплаты Услуг, Потребителю выдается документ, подтверждающий факт осуществления расчёта за предоставленные платные медицинские услуги: кассовый чек или иной документ, предусмотренный законодательством Российской Федерации .
4.5.	Исполнитель не несет ответственность перед Потребителем и (или) Заказчиком за невозможность использовать безналичную форму оплаты и (или) форму оплаты с использованием цифровых рублей за Услуги, оказанные по настоящему Договору, если такая невозможность вызвана отсутствием электричества, перебоями связи, неисправностями используемых банками, операторами связи программно-аппаратных средств и (или) каналов связи, возникшими не по вине Исполнителя.
4.6.	Исполнитель по заявлению Потребителя и (или), при наличии согласия Потребителя, по заявлению Заказчика выдает документы, подтверждающие фактические расходы на оказанные Услуги и (или) приобретение лекарственных препаратов:
4.6.1.	копия Договора и дополнительных соглашений к нему (в случае заключения дополнительных соглашений);
4.6.2.	документ, подтверждающий фактические расходы на оказанные платные медицинские услуги, выданный по форме и в порядке, установленном законодательством Российской Федерации;
4.6.3.	рецептурный бланк, заверенный подписью и личной печатью медицинского работника, печатью Исполнителя, или выписка из медицинской документации Потребителя, содержащие сведения о назначении лекарственного препарата;
4.6.4.	иные документы, предусмотренные законодательством Российской Федерации.

4.7.	Возврат денежных средств, оплаченных Потребителем/Заказчиком в кассу Исполнителя в безналичной форме банковскими картами, производится Исполнителем в безналичной форме владельцу банковской карты, с которой произведена оплата, по соответствующему заявлению Потребителя/Заказчика по указанным в заявлении банковским реквизитам в установленные сроки законодательством Российской Федерации.
4.8.	Возврат денежных средств, оплаченных Потребителем/Заказчиком в наличной форме производится Исполнителем в наличной форме по соответствующему заявлению Потребителя/Заказчика по указанным в заявлении банковским реквизитам в установленные сроки законодательством Российской Федерации.
4.9.	Возврат денежных средств, оплаченных Потребителем/Заказчиком в кассу Исполнителя в безналичной форме цифрового рубля, производится Исполнителем в безналичной форме владельцу счета цифрового рубля, с которого произведена оплата, по соответствующему заявлению Потребителя/Заказчика по указанным в заявлении банковским реквизитам в установленные сроки законодательством Российской Федерации.
5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН, ПОРЯДОК УРЕГУЛИРОВАНИЯ РАЗНОГЛАСИЙ	
5.1.	Исполнитель несет ответственность за неисполнение либо ненадлежащее исполнение своих обязательств по вине Исполнителя в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.
5.2.	Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязанностей по Договору, если докажет, что это произошло вследствие непреодолимой силы или по другим основаниям, предусмотренным действующим законодательством Российской Федерации.
5.3.	При надлежащем исполнении обязательств Исполнителем, в соответствии с Договором и действующим законодательством Российской Федерации, отсутствие ожидаемого Потребителем результата не является основанием для признания обязательства не выполненным.
5.4.	В случае нарушения Потребителем сроков оплат за оказанные ему Услуги, он уплачивает Исполнителю по его письменному требованию пеню в размере 1/150 ключевой ставки Центрального Банка Российской Федерации, действовавшей в соответствующий период нарушения, от суммы задолженности за каждый день просрочки платежа, если иное не установлено законодательством Российской Федерации. Оплата пени не освобождает от оплаты суммы основной задолженности.
5.5.	Вред, причиненный жизни или здоровью Потребителя в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, может подлежать возмещению на основании заключений врачебной комиссии Исполнителя в соответствии с законодательством Российской Федерации.
5.6.	В случае возникновения разногласий, спор между Сторонами рассматривается в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации. При невозможности разрешения споров путем переговоров Стороны, после реализации предусмотренной законодательством Российской Федерации процедуры досудебного урегулирования разногласий, передают их на рассмотрение в суд.
5.7.	Исполнитель не несет ответственности за недостижение ожидаемого Потребителем результата и за ухудшение состояния здоровья Потребителя, если они обусловлены: несоблюдением Потребителем рекомендаций медицинских работников Исполнителя, в том числе назначенного режима лечения; сокрытием Потребителем сведений о состоянии здоровья Потребителя либо предоставлением неполной и (или) недостоверной информации; самостоятельным изменением Потребителем назначений и рекомендаций врача; проведением Потребителем медицинских вмешательств у третьих лиц без ведома и направления Исполнителя; отказом Потребителя от дополнительных исследований и манипуляций, необходимых для установления диагноза и назначения адекватного лечения; нарушением Потребителем правил внутреннего распорядка и санитарно-эпидемиологического режима Исполнителя.
5.8.	Необходимость проведения повторных процедур, поддерживающей терапии, коррекции медицинского результата либо изменение первоначального объёма медицинских вмешательств по медицинским показаниям сами по себе не свидетельствуют об отклонении или недостатках в качестве оказанной медицинской услуги.
5.9.	Стороны освобождаются от ответственности за неисполнение, ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору, если надлежащее исполнение оказалось невозможным вследствие непреодолимой силы, то есть чрезвычайных и непредотвратимых при данных условиях обстоятельств, под которыми понимаются: запретительные действия и акты властей, война и военные действия любого характера, гражданские волнения, эпидемии, блокада, эмбарго, землетрясения, наводнения, пожары, другие стихийные бедствия и т.п. С момента, когда какая-либо из Сторон получает уведомление от другой Стороны о невозможности исполнения обязательств по Договору из-за этого обстоятельства непреодолимой силы, а также документ от компетентного органа, который подтверждает наступление такого обстоятельства, действие настоящего Договора приостанавливается на срок, соразмерный сроку действия соответствующего обстоятельства непреодолимой силы, либо, если срок действия обстоятельств непреодолимой силы составляет более 10 (Десять) дней, – прекращается, если иное не следует из существа обстоятельств непреодолимой силы, законодательства Российской Федерации и (или) соглашения Сторон о дальнейшем урегулировании обязательств по настоящему Договору. Положения данного пункта Договора не касаются обязанности Потребителя и (или) Заказчика оплатить

	задолженность за оказанные Услуги, которая возникла до появления обстоятельств непреодолимой силы.
6. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА	
6.1.	Договор может быть изменен по соглашению Сторон путем составления дополнительного соглашения в письменной форме, подписанного уполномоченными на то представителями обеих Сторон.
6.2.	Договор может быть расторгнут по взаимному соглашению Сторон или требованию одной из Сторон в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации.
6.3.	В случае отказа Потребителя после заключения Договора от получения платных медицинских услуг данный Договор прекращается, при этом Потребитель оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с Исполнением обязательств по данному Договору.
7. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ	
7.1.	Обработка персональных данных Потребителя осуществляется в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных».
7.2.	Договор вступает в силу с момента его подписания и действует до полного исполнения Сторонами принятых на себя обязательств, за исключением случаев, указанных в пунктах 6.1, 6.2 настоящего Договора.
7.3.	Стороны согласны, что при подписании настоящего Договора и дополнительных соглашений к нему, каждая из Сторон вправе использовать аналог собственноручной подписи, проставляемой посредством факсимильного или иного воспроизведения подписи с помощью автоматизированных средств, средств механического, графического или иного копирования (ст. 160 Гражданского кодекса РФ).
7.4.	Условия и сроки оказания Услуг устанавливаются Исполнителем и предоставляются для ознакомления при заключении Договора (Приложение № 1). Потребитель может получать медицинские Услуги по предварительной записи либо (контактный центр, электронная регистратура) и (или) в порядке живой очереди.
7.5.	Порядок и условия выдачи Потребителю, после исполнения Договора медицинских документов (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающих состояние здоровья после получения Услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, производится в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации, без взимания дополнительной платы.
7.6.	Во всем остальном, что не урегулировано настоящим Договором, Стороны руководствуются действующим законодательством Российской Федерации.
7.7.	Договор составлен в экземплярах по количеству Сторон, по одному для каждой из Сторон. Все экземпляры Договора имеют одинаковую юридическую силу.
7.8.	Приложением № 1 является Прейскурант цен ООО «Томограф-Ас», который является неотъемлемой частью настоящего Договора, и размещается на официальном сайте Исполнителя https://asklepiy-dv.ru/ и в общедоступном уголке Потребителя. До подписания настоящего Договора Потребитель и Заказчик (если является Стороной по Договору) ознакомились с действующим Прейскурантом цен.

8. ПОДПИСИ СТОРОН

8.1. **ИСПОЛНИТЕЛЬ:**

Общество с ограниченной ответственностью «Томограф-Ас»
Главный врач Черникова Мария Анатольевна, действующая на основании доверенности № 11/04-26Т от 20.04.2026 г.



М.П.

QR код на уголок Потребителя

8.2. **ПОТРЕБИТЕЛЬ:**

Фамилия, имя, отчество (при наличии):

Договор прочитан мною лично, условия мне разъяснены и понятны

Дата	Подпись	Расшифровка подписи

8.3. **ЗАКАЗЧИК:**

Фамилия, имя, отчество (при наличии):

Должность (если Заказчик – юридическое лицо или индивидуальный предприниматель):

Договор прочитан мною лично, условия мне разъяснены и понятны		
Дата	Подпись	Расшифровка подписи

СОГЛАСИЕ СУБЪЕКТА ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ (ПАЦИЕНТА ИЛИ ЕГО ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ) НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ СУБЪЕКТА ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Настоящим я, _____, документ: паспорт серия: _____ № _____ дата выдачи:
кем выдан:
зарегистрированный (ая) по адресу:

Для заполнения законным представителем[1]:

Настоящим я, ,

(ФИО полностью законного представителя субъекта персональных данных)

Паспорт

(данные документа, удостоверяющего личность: вид документа, серия, номер, сведения о дате выдачи и выдавшем его органе)

зарегистрированный (ая) по адресу:

(адрес регистрации)

на основании:

(документ, подтверждающий, что субъект является законным представителем подопечного)

В соответствии с требованиями федерального закона Российской Федерации от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», даю свободно, своей волей и в своём интересе (в интересе субъекта персональных данных, законным представителем которого я являюсь) согласие на обработку своих персональных данных (персональных данных лица, законным представителем которого я являюсь), в т. ч. отнесенных к специальной категории персональных данных,

Обществу с ограниченной ответственностью «Томограф-Ас» (ООО «Томограф-Ас») (далее – Оператор), расположенному по адресу: 690033, Приморский край, г. Владивосток, ул. Гамарника, д. 3 «Б»,

в медико - профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинской помощи, в т. ч. на коммерческой основе, путем извлечения прибыли; создания условий для обеспечения гарантий прав граждан на оказание медицинской помощи надлежащего качества и в соответствующем объеме, а также профилактике заболеваний, сохранения и укрепления физического и психического здоровья каждого человека (субъекта персональных данных), поддержания его долголетней активной жизни, предоставления ему медицинской помощи; исполнения обязательств по договору; осуществления и выполнения возложенных законодательством Российской Федерации на Оператора функций, полномочий, обязанностей, а также осуществления прав и законных интересов оператора в рамках осуществления видов деятельности, предусмотренных Уставом и иными его внутренними локальными актами Оператора, для исполнения иных федеральных законов; а также осуществления услуг, связанных с информированием клиентов по вопросам, связанным с оказанием медицинских услуг, в т. ч. информации рекламного характера. Моими персональными данными (персональными данными лица, законным представителем которого я являюсь) является любая информация, относящаяся ко мне как к физическому лицу (к лицу, законным представителем которого я являюсь), указанная в договоре на оказание медицинских услуг и иных соглашениях, медицинской карте, бланках, талонах и иных учетных формах, а именно: ФИО; пол; год, месяц, дата и место рождения; гражданство; национальность; данные документа, удостоверяющего личность; адрес проживания, дата регистрации по указанному месту жительства; сведения о семейном положении, о родственниках (ФИО, возраст, степень родства, адрес, контактные данные (в целях осуществления связи): телефон, электронная почта; иные данные, истребованные Оператором в объёме необходимом для оказания качественной медицинской помощи в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации, а также для ведения установленных учетно-отчетных формах, для связи в случае необходимости); сведения о месте работы, профессия; сведения о социальных льготах и социальном статусе; страховой номер индивидуального лицевого счёта в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные договоров и иных соглашений на представление платных медицинских услуг, приложений к ним; сведения, касающиеся состояния здоровья, состояния интимной жизни и всей информации, использованной при оказании медицинской помощи в рамках договоров о представлении платных медицинских услуг (сведения о факте обращения за оказанием медицинской помощи, сведения о состоянии здоровья и диагнозе, история развития заболевания, сведения об истории жизни, перенесенных заболеваниях, семейном анамнезе, наследственных заболеваниях, травмах и т. п., сведения об особенностях реакции организма на применяемые фармацевтические средства, медицинские вмешательства, сведения о полученных результатах обследования, результатах анализов, диагнозе, сведения о медицинских вмешательствах и применяемых методах и препаратах, сведения о результатах отдельных медицинских вмешательств и комплексном медицинском вмешательстве, сведения о временной нетрудоспособности (в т. ч. серия и номер выданного листка нетрудоспособности (при наличии)), контактные данные (в целях осуществления связи): телефон, электронная почта; а также иные сведения, полученные при медицинском обследовании и лечении; сведения об оплате оказанных услуг; иные сведения, необходимые для указанных целей.

В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи (медицинской помощи лицу, законным представителем которого я являюсь) я предоставляю право осуществлять обработку моих персональных данных

[1]В случае недееспособности субъекта персональных данных (пациента), в том числе не достигшего совершеннолетия (18 лет), настоящее согласие дают и подписывают его законные представители: родители, усыновители, опекуны или попечители.

(персональных данных лица, законным представителем которого я являюсь), в т. ч. отнесенных к специальной категории, помимо лиц, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну в соответствии со ст. 9 федерального закона Российской Федерации от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», другим должностным лицам Оператора в интересах своего обследования и лечения (интересах обследования и лечения лица, законным представителем которого я являюсь). Я предоставляю Оператору право осуществлять обработку персональных данных в т. ч. отнесенных к специальной категории, путём совершения действий (операций) или совокупности действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации (без использования таких средств), по открытым каналам связи (в том числе посредством Интернета, электронной почты) и по локальной сети, с применением электронных и иных материальных носителей информации, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение, обновление, изменение), извлечение, использование, обезличивание, передачу (распространение, представление, доступ), блокирование, удаление, уничтожение в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные (персональные данные лица, законным представителем которого я являюсь) посредством внесения их в электронную базу данных; включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими порядок ведения и состав данных в учетно-отчетной медицинской документации; осуществлять передачу (представление, доступ) в налоговые органы в соответствии с Налоговым Кодексом; третьим лицам (уполномоченным должностным лицам в законном порядке); надзорным, контролирующим и исполнительным органам; передачу персональных данных и осуществление иных действий, не противоречащих действующему законодательству Российской Федерации третьим лицам в целях исполнения договора (соглашения), исполнения требований действующего законодательства Российской Федерации, при условии, что и приём и обработка будет осуществляться в соответствии с действующим законодательством.

Настоящим я подтверждаю свое согласие на обработку оператором моего контактного телефона, адреса электронной почты и почтового адреса, с целью информирования меня по вопросам, связанным с оказанием медицинских услуг, в том числе, но не исключительно, по вопросам о подтверждении (об отмене или изменении) даты и времени записи на прием к врачу; сроках оказания услуг; представления иных, связанных с исполнением договора на оказание медицинских услуг, сведений, в том числе о готовности результатов исследований (анализов); иную медицинскую документацию; об информации о предстоящих акциях на предоставляемые услуги путем представления соответствующей информации с помощью электронной почты, телефонного звонка (или смс-сообщения), почтовой рассылки. Я уведомлен, что информация будет направлена по незащищенным каналам связи, в связи с чем, оператор не может гарантировать конфиденциальность информации, не несет ответственность за несанкционированное попадание сведений к третьим лицам. Я даю согласие, в случае личного обращения по телефону, на обработку моих персональных данных (персональных данных лица, законным представителем которого я являюсь) посредством системы записи телефонных разговоров используемой Оператором в целях: контроля качества обслуживания клиентов работниками, при общении с клиентами по телефону, повышения качества обслуживания, регулирования спорных вопросов с клиентами, а также снижения вероятности утечек конфиденциальной информации.

Я осведомлен о том, что для улучшения качества обслуживания субъектов персональных данных и их законных представителей, обеспечения их личной безопасности и имущества, антитеррористической безопасности на территории оператора осуществляется видеонаблюдение, в том числе в медицинских кабинетах с зоной покрытия только медицинского оборудования и рабочего места врача, без аудиодорожки.

Передача моих персональных данных (персональных данных лица, законным представителем которого я являюсь) иным лицам и/или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия. Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения амбулаторной медицинской карты и составляет 25 лет.

Об ответственности за достоверность представленных персональных сведений предупрежден (а).

Настоящее согласие действительно со дня его подписания и действует бессрочно.

Я ознакомлен (а) с документами оператора, устанавливающими порядок обработки персональных данных, а также с моими правами и обязанностями в этой области.

Согласие может быть отозвано мной в любое время на основании моего письменного заявления, направленного в адрес Оператора:

690033, Приморский край, г. Владивосток, ул. Гамарника, д. 3 «Б», заказным письмом с уведомлением или вручён лично под расписку представителю Оператора.

Подпись под настоящим согласием означает понимание мной всех условий, порядка и последствий обработки моих персональных данных (персональных данных лица, законным представителем которого я являюсь).

(подпись субъекта персональных данных или его законного представителя)	(расшифровка подписи) .
(подпись уполномоченного представителя Оператора)	/Главный врач Черникова Мария Анатольевна, действующая на основании доверенности № 11/04-26Т от 20.04.2026 г./ (расшифровка подписи) .

СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА НАПРАВЛЕНИЕ ИНФОРМАЦИИ

Настоящим я, ,

(ФИО полностью субъекта персональных данных)

Паспорт

(данные документа, удостоверяющего личность: вид документа, серия, номер, сведения о дате выдачи и выдавшем его органе)

зарегистрированный (ая) по адресу:

телефон заявителя:

Для заполнения законным представителем[2]:

Настоящим я, ,

(ФИО полностью законного представителя субъекта персональных данных)

Паспорт

(данные документа, удостоверяющего личность: вид документа, серия, номер, сведения о дате выдачи и выдавшем его органе)

зарегистрированный (ая) по адресу:

(адрес регистрации)

как законный представитель:

(ФИО, дата рождения, представляемого),

на основании:

(документ, подтверждающий, что субъект является законным представителем подопечного)

В соответствии с Федеральным законом Российской Федерации от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» и иными подзаконными актами, я даю согласие обществу с ограниченной ответственностью «Томограф-Ас» (ООО «Томограф-Ас») (далее - Оператор), расположенному по адресу: 690033, Приморский край, г. Владивосток, ул. Гамарника, д. 3 «Б», на направление информации, связанной с оказанием мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) медицинских услуг[3], а именно: результаты лабораторных, диагностических исследований, выписки из амбулаторной медицинской карты пациента, протоколы лечения, справки установленной формы, и иные документы связанные с фактом обращения за оказанием медицинской помощи, результатами исследований, назначением лечения и установлением диагноза,

посредством (необходимое указать):

☑ **электронной связи:** _____

(адрес электронной почты (e-mail))

Я осведомлен(а) о том, что Оператор не несет ответственности за неправильно указанный мной: контактный номер телефона (факса)/ адрес электронной почты/ почтовый адрес.

Я проинформирован(а), что передаваемая информация будет направляться по открытым (незащищенным) каналам связи в зашифрованном файле формата Zip7. Инструкция о формировании пароля предоставлена мне на руки и размещена на официальном сайте ООО «Томограф-Ас».

Согласие может быть отозвано мной в любое время на основании моего письменного заявления, направленного в адрес Оператора: 690033, Приморский край, г. Владивосток, ул. Гамарника 3 «Б», заказным письмом с уведомлением или вручён лично под расписку представителю Оператора.

Текст Согласия мной прочитан, дополнений, замечаний и возражений не имею.

Настоящее согласие подписано и действует бессрочно, до момента его отзыва.

Подпись пациента _____

(расшифровка подписи)

ВНИМАНИЕ!

Результаты исследований направляются только при их полной готовности. Результаты исследований и/или иная информация, связанная с оказанными Вам услугами, доставляемая посредством электронной связи, пересылается в формате PDF. Для корректного просмотра передаваемой информации, на Вашем устройстве должно быть установлено программное обеспечение AdobeReader, FoxitReader или аналогичное.

Обращаем Ваше внимание, что Оператор не может гарантировать доставку направляемой информации, если имеются независимые от Оператора причины (включенные настройки систем подавления массовых рассылок, недостаточный объем памяти, невозможность приема файлов в PDF-формате и т.п.), а также из-за неразборчивости написания Вами контактных данных.

Пароль состоит из номера медицинской карты указанной на бланке направлении.

Пример: **12345678** **Для ввода пароля сохраняйте свой экземпляр направления, на нем указан номер Вашей медицинской карты.**

[2]В случае недееспособности субъекта персональных данных (пациента), в том числе не достигшего совершеннолетия (18 лет), настоящее согласие дают и подписывают его законные представители: родители, усыновители, опекуны или попечители.

[3]В том числе направление сведений составляющих врачебную тайну.

Информированное добровольное согласие
на медицинское вмешательство

Я,

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

г. рождения, зарегистрированный по адресу:

(дата рождения гражданина либо законного представителя)

(адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

проживающий по адресу:

(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении

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

г. рождения, проживающего по адресу:

(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н (далее – виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), будет проводить

Медицинским работником_____ и другими медицинскими работниками ООО «Томограф-Ас» в исключительных случаях (например болезнь врача, сложная клиническая ситуация) клиника может заменить врача, предварительно уведомив об этом пациента.

Я доверяю лечащему врачу, лицу, выполняющему обязанности лечащего врача, а также среднему медицинскому персоналу выполнение необходимых и показанных мне медицинских манипуляций, и вмешательств, в том числе:

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.

2. Осмотр, в том числе пальпация (метод врачебного исследования прощупыванием), перкуссия (метод врачебного исследования простукиванием), аускультация (метод врачебного исследования выслушиванием), риноскопия (метод исследования полости носа с помощью носовых зеркал и расширителей), фарингоскопия (метод визуального исследования глотки), непрямая ларингоскопия (метод визуального исследования гортани), отоскопия (метод визуального исследования наружного уха).

3. Антропометрические исследования (измерения веса, роста, и других размеров тела).

4. Термометрия (измерение температуры тела).

5. Тонометрия (измерение давления).

6. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно, промывание лор-органов лекарственными препаратами.

7. Выполнение ультразвуковых исследований, основанных на эффекте отражения ультразвуковых волн от внутренних органов пациента.

8. Выполнение допплерографических исследований, т.е. ультразвукового скрининг-метода (необходимого и достаточного) диагностики состояния кровеносных сосудов, основанного на оценке изменения частоты ультразвуковых волн, отраженных от подвижных структур - форменных элементов крови (эффекте Допплера).

Я проинформирован(а), что результатом оказания услуги по проведению ультразвуковой диагностики является заключение врача-ультразвуковой диагностики на бумажном носителе, а также распечатанные на бумажном носителе изображения ультразвукового исследования (выборочно значимых). Запись результатов исследования на компакт-диск (CD), флеш-накопитель, распечатка изображений на плёнке либо предоставление их на ином материальном носителе являются отдельной услугой, которая оказывается за дополнительную плату, если иное не предусмотрено Договором.

9. Рентгенологические исследования – методы лучевой диагностики, основанные на использовании рентгеновского излучения для получения изображения внутренних органов и систем с целью выявления заболеваний, оценки их распространенности и динамики лечения. К ним относятся: рентгенография (цифровая и плёночная) – получение статического изображения органов грудной клетки, костно-суставной системы, брюшной полости, придаточных пазух носа и др.; рентгеноскопия – исследование в реальном времени (при необходимости, например, при изучении функции глотания, проходимости желудочно-кишечного тракта); флюорография – профилактическое исследование органов грудной клетки; компьютерная томография (КТ) – послойное рентгенологическое сканирование с высокой детализацией (нативное исследование, без использования контрастных веществ); рентгеноденситометрия – исследование плотности костной ткани (диагностика остеопороза).

Я проинформирован(а), что рентгенологические исследования сопряжены с лучевой нагрузкой. Величина дозы облучения зависит от области исследования и методики, но при однократном и обоснованном применении не превышает допустимых значений и не представляет опасности для здоровья. В случае многократных или длительных исследований риск кумуляции дозы может быть повышен, однако медицинский персонал принимает все необходимые меры для минимизации облучения в соответствии с принципами радиационной безопасности.

Я проинформирован(а), что при оказании услуги по проведению магнитно-резонансной томографии (МРТ) и/или компьютерной томографии (КТ) результатом оказанной услуги является заключение врача-рентгенолога на бумажном носителе и распечатанные на пленке изображения (выборочно значимых). Запись результатов исследования на компакт-диск (CD), флеш-накопитель или иной носитель является отдельной услугой, оказываемой за дополнительную плату, если иное не предусмотрено Договором.

Я проинформирован(а), что результатом оказания услуги по проведению рентгенологического исследования (в том числе маммографии) является заключение врача-рентгенолога на бумажном носителе, а также распечатанные на бумажном носителе изображения рентгенограмм. Запись результатов исследования на компакт-диск (CD), флеш-накопитель, распечатка изображений на рентгенологической плёнке либо предоставление их на ином материальном носителе являются отдельной услугой, которая оказывается за дополнительную плату, если иное не предусмотрено Договором.

Я обязуюсь до начала исследования сообщить врачу или рентгенолаборанту: о возможной или подтвержденной беременности (рентгенологическое исследование беременным проводится только по жизненным показаниям с защитой плода); о грудном вскармливании.

10. Магнитно-резонансная томография (МРТ) – метод диагностики, основанный на явлении ядерно-магнитного резонанса, позволяющий получать детальные изображения органов и тканей без использования ионизирующего излучения. МРТ может применяться для исследования головного и спинного мозга, позвоночника, суставов, органов брюшной полости и малого таза, мягких тканей и др.

Противопоказания и ограничения: наличие кардиостимулятора (электрокардиостимулятора), инсулиновой помпы, имплантированных стимуляторов нервов; наличие ферромагнитных (металлических) инородных тел, осколков, клипс сосудов головного мозга, некоторых типов стентов и фильмов (несовместимых с МР); первый триместр беременности (относительное противопоказание, решение принимается врачом); тяжелая клаустрофобия (боязнь замкнутого пространства), невозможность сохранять неподвижность; масса тела, превышающая допустимую для данного томографа (уточняется у персонала).

Я обязуюсь до начала исследования сообщить врачу или лаборанту МРТ: о возможной или подтвержденной беременности; о наличии любых имплантированных устройств, металлических предметов в теле (протезы, штифты, пластины, пирсинг, татуировки с металлсодержащими красителями); о клаустрофобии или иных состояниях, которые могут помешать проведению исследования.

Я проинформирован(а), что во время работы томограф создает сильное магнитное поле и радиоимпульсы, что является безопасным при соблюдении всех правил. Возможны ощущения тепла в зоне исследования, шум (для защиты выдаются беруши или наушники).

Мне даны разъяснения, которые мною осознаны и мне понятны:

1. О целях медицинского вмешательства; методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске; о возможных вариантах видов медицинского вмешательства; о последствиях медицинского вмешательства, в т.ч. о вероятности развития осложнений; о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи; о том, что мне/представляемому предстоит делать во время проведения медицинского вмешательства; о возможных последствиях отказа от предполагаемого медицинского вмешательства;

2. О планируемом объеме и тактике медицинских вмешательств, а также о том, что они могут быть изменены в силу специфики медицинских услуг в зависимости от индивидуальных особенностей организма пациента, состояния его здоровья, получаемых результатов обследований и т.п.;

3. О том, что отказ от необходимого лечения, от выполнения назначений и рекомендаций врачей, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима приема назначенных лечащим врачом препаратов, самовольное использование инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс оказания медицинской помощи/лечения, снизить качество оказываемой медицинской помощи и отрицательно сказаться на состоянии здоровья;

4. О необходимости проинформировать врача обо всех известных мне данных о моем состоянии здоровья (представляемого) и состоянии здоровья ближайших родственников, в т.ч. об имеющейся в анамнезе патологии, перенесенных или имеющихся заболеваниях, инфекциях, аллергических реакциях или индивидуальной непереносимости лекарственных средств, наследственных, венерических, психических и других заболеваниях в семье, травмах, операциях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня/представляемого во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах, о наследственности, употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств, а также иных, сообщить любые сведения, которые могут повлиять на качество оказываемой медицинской помощи;

5. О том, что проводимое лечение не гарантирует 100%-ный результат и что при проведении медицинских манипуляций и после них, как в ближайшем, так и в отдаленном периоде возможны различные осложнения, что используемая технология и тактика медицинской помощи не могут полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов, обусловленных биологическими особенностями организма, а также существует возможность непреднамеренного причинения вреда здоровью.

6. О том, что даже при надлежащим выполнении обеими сторонами (медицинской организации и пациентом) своих обязательств по договору, отсутствии дефектов медицинской помощи, применением самых результативных и зарекомендовавших себя достижений современной медицинской науки, результат оказания медицинской услуги не является на 100% прогнозируемыми может выражаться как в восстановлении, улучшении здоровья, так и в отсутствии каких-либо изменений и даже в ухудшении патологических процессов.

7. О том, что в случаях несоблюдения предписаний врача, отказа от проведения необходимых обследований, исследований, осмотров и консультаций врачей-специалистов, нарушения Положения о порядке и условиях предоставления платных медицинских услуг в ООО "Томограф-Ас", в том числе Правил внутреннего распорядка ООО "Томограф-Ас" врачом по согласованию с Главным врачом, может быть принято решение об отказе от наблюдения за пациентом и его лечения, если это не угрожает жизни пациента.

8. О том, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных ч.9.ст.20 ФЗ от 21.11.2011 №323- ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Отказ от медицинского вмешательства оформляется в письменной форме до начала медицинских манипуляций и хранится в медицинской документации.

Я подтверждаю:

- что мне понятен смысл всех терминов, употребленных в настоящем Согласии;

- что я имел(а) возможность задать и получить ответы на все интересующие меня вопросы, связанные с оказанием мне/представляемому медицинской помощи, в т.ч. в области медицины;

- что ознакомлен(а) с Положением о порядке и условиях предоставления платных медицинских услуг ООО "Томограф-Ас", в том числе с правилами поведения пациентов, а также с прейскурантом ООО "Томограф-Ас" и порядком оплаты услуг в Клинике;

- что осознаю, что в силу специфики медицинских услуг, их стоимость и объем в любом случае могут быть определены как предварительные и их окончательные стоимость и объем определяются, исходя из фактически оказанных с моего согласия медицинских услуг на момент окончания их исполнения.

На основании вышеизложенного, я добровольно и осознанно принимаю решение об оказании мне (представляемому) платных медицинских услуг в ООО "Асклепий" и даю добровольное информированное согласие на проведение всех необходимых медицинских вмешательств, связанных с оказанием мне/представляемому медицинской помощи, а также необходимых по медицинским показаниям дополнительных медицинских вмешательств, которые могут потребоваться по состоянию здоровья.

Данное мною информированное согласие действительно в течение всего срока оказания медицинской помощи (предоставления медицинских услуг) в ООО "Томограф-Ас"

Мне понятно, что данное согласие может быть отозвано по моему желанию по письменному заявлению.

Я проинформирован, что ООО "Томограф-Ас" не работает в системе обязательного медицинского страхования и программах госгарантий. Мне понятно, что реализовать свое право на получение медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, я имею возможность обратившись в иную медицинскую организацию, которая осуществляет свою деятельность в сфере услуг ОМС, и участвует в программах госгарантий.

Я свидетельствую, что получил разъяснения о целях, характере, ходе и объеме планируемых в ходе оказания медицинской помощи медицинских вмешательств, а также способах и рисках их проведения, получать ответы на все интересующие вопросы.

Я проинформирован (а) о том, что даже при надлежащем выполнении обеими медицинским работником ООО "Томограф-Ас" и мной своих обязательств по договору, отсутствии дефектов медицинской помощи, применении самых результативных и зарекомендовавших себя достижений современной медицинской науки, результат оказания медицинкой услуги не является на 100% прогнозируемый может выражаться как в восстановлении, улучшении здоровья, так и в отсутствии каких-либо изменений и даже в ухудшении патологических процессов.
Я проинформирован (а) о том, что такие согласия на конкретные медицинские вмешательства в ходе моего (представляемого) лечения подписываются однократно, как комплексное ознакомление меня (представляемого) со спецификой предстоящей медицинской услуги предстоящей медицинской услуги, в дальнейшем, при необходимости повторного выполнения такой манипуляции, информирование и прочие разъяснения будут проводиться в устной форме. Я понимаю, что этот план лечения является наиболее вероятным, но не исключена возможность возникновения обстоятельств, могущих повлечь изменение плана лечения по медицинским показаниями и (или) иным причинам, а, следовательно и его стоимости. Так же может возникнуть необходимость дополнительных медицинских вмешательств для обеспечения надлежащего качества намеченного плана лечения.

Отказываясь от применения данных диагностических/лечебных манипуляций, я осознаю, что лишаю врача возможности получения более точной и достоверной информации о состоянии моего здоровья (здоровья представляемого). Я понимаю, что факт дачи мною согласия на медицинское вмешательство имеет соответствующие юридические последствия. Я подписываю настоящее согласие на медицинское вмешательство, будучи вменяемым, дееспособным человеком, не под влиянием заблуждения или принуждения со стороны сотрудников Исполнителя либо иных лиц, обладая необходимой информацией для принятия решения.

Я **согласен(а) / не согласен(а)** на передачу сведений о приеме в соответствии с п. 3 пп «е» Постановления Правительства N 140 «О единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения»

Я разрешаю использовать мою медицинскую информацию сотрудникам ООО "Томограф-Ас" участвующим в оказании услуги, в том числе в целях проведения внутреннего контроля качества, в том числе с возможностью привлечения сторонних специалистов.

Я разрешаю делать фото/видео протоколы моего лечения сотрудниками ООО "Томограф-Ас" для более качественного оказания мне услуги.

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

_____

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

_____

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

_____ _____

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

_____ _____

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

.

(дата оформления)