



**ООО «Центр общей врачебной (семейной) практики «Фамилия»**  
 654041 г. Новокузнецк, Кемеровская обл, проезд Курбатова, д 1  
 сайт [www.familia42.ru](http://www.familia42.ru) телефон (3843) 200-535

### ЗАЯВЛЕНИЕ ПАЦИЕНТА

ПАЦИЕНТ:

*Ф.И.О. полностью, дата рождения, фактический адрес проживания, адрес по месту постоянной регистрации, реквизиты документа, удостоверяющего личность (паспорт): серия и номер, дата выдачи, наименование выдавшего органа; контактный телефон и адрес электронной почты.*

#### I. СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

В соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.06 г. "О персональных данных" № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку уполномоченными сотрудниками ООО ЦОВП «Фамилия», ОГРН 1034217029220, место нахождения: Россия, 654080, Кемеровская область, г. Новокузнецк, ул. Тольятти, дом 48, помещение (далее – «Оператор», «Центр») моих персональных данных, а именно: фамилию, имя, отчество, пол, место рождения, дату рождения, гражданство, место и дата регистрации, место жительства, адрес проживания, данные (реквизиты) документа, удостоверяющего личность (паспорта), адрес электронной почты, контактный телефон, реквизиты полиса ДМС (при наличии), СНИЛС, моих биометрических персональных данных, а именно: моего видеозаписи моего голоса, данные о состоянии моего здоровья (включая, в том числе, но не исключительно, анамнез, диагноз), случаях обращения за медицинской помощью, перечень, срок и объем оказанной медицинской помощи, и иные персональные данные, обрабатываемые в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, а также в целях осуществления учета и контроля в системе обязательного и добровольного медицинского страхования, проведения контроля качества и безопасности медицинских услуг (далее – «Персональные данные»). Предоставляю Оператору право направлять мне информационные сообщения по вопросам, связанным с оказанием медицинских услуг, в том числе, но не исключительно, о подтверждении, отмене, изменении даты и времени записи на прием к врачу, о готовности результатов исследований и анализов. Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими Персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои Персональные Данные посредством внесения их в электронную базу данных. Срок хранения моих Персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов. В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои Персональные данные другим должностным лицам Оператора, осуществляющим хозяйственную деятельность Оператора и третьим лицам, уполномоченным Оператором на обработку персональных данных в связи с технической необходимостью обработки в базах данных Оператора при обязательном соблюдении условий о конфиденциальности обрабатываемых данных, Заказчику медицинских услуг и его уполномоченным представителям, по договору с которым мне будут оказаны медицинские услуги.

Настоящее согласие действует бессрочно. Пациент вправе отозвать свое согласие на обработку Персональных данных посредством передачи Оператору под расписку соответствующего письменного заявления на бумажном носителе. Если заявление направляется по почте или передается Оператору через иное лицо, то подлинность подписи на нем должна быть нотариально засвидетельствована.

подпись Пациента / представителя

ФИО Пациента / представителя

#### II. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ ДОСТУПА К ПЕРСОНАЛЬНЫМ ДАННЫМ ПАЦИЕНТА

##### 1. Уполномочить третье лицо выступать моим представителем в Центре:

Пациент вправе уполномочить кого-либо получать у Оператора конфиденциальную информацию в отношении себя, ставшую известной Оператору в ходе оказания Пациенту медицинских услуг, в том числе сведения, составляющие врачебную тайну. Указанная конфиденциальная информация может быть предоставлена вышеуказанному лицу при условии предоставления им документа, удостоверяющего личность. Пациент обязан уведомить представителя о передаче его персональных данных Оператору. Оператор прекращает обработку персональных данных представителя на основании его обращения. Пациент обязан уведомить представителя о предоставлении его персональных данных Центру сразу после их представления.

ПРЕДСТАВИТЕЛЬ (заполняется при желании Пациента назначить представителя)

*Ф.И.О. полностью, дата рождения, реквизиты документа, удостоверяющего личность (паспорт): серия и номер, дата выдачи, наименование выдавшего органа; контактный телефон и адрес электронной почты.*

да \_\_\_\_\_  
подпись

нет \_\_\_\_\_  
подпись

**2. Предоставлять мои персональные данные при указании кодового слова:**

Пациент вправе дать согласие на предоставление Оператором своих персональных данных, в том числе сведений, составляющих врачебную тайну, любому лицу при условии соблюдения следующих требований:

- указанное лицо сообщает Центру точные следующие персональные данные Пациента: фамилию, имя, отчество, дату рождения;
  - указанное лицо сообщает Центру следующее кодовое слово (цифру, сочетание слов, цифр): \_\_\_\_\_ . В этом случае указанное лицо считается полномочным представителем на получение персональных данных (в том числе сведений, составляющих врачебную тайну).

Пациент проинформирован(а), несет личную ответственность за сохранность кодового слова. Вышеуказанные сведения могут быть предоставлены также посредством использования электронной связи при наличии отдельного письменного заявления.

Пациент проинформирован(а), что сведения будут направляться через публичную сеть Интернет (Оператор не гарантирует безопасность связи от несанкционированного доступа) и поступать на незащищенные электронные адреса представителя, в связи с чем, отправитель (Оператор) не может нести ответственность за несанкционированный доступ к таким сведениям третьих лиц.

да \_\_\_\_\_ нет \_\_\_\_\_  
подпись подпись

**3. Осуществлять рассылку рекламных предложений Клиники с использованием моих контактных данных, указанных в настоящем Заявлении или иных документах;**

да \_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_ нет \_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_

### III. УСЛОВИЯ ОБСЛУЖИВАНИЯ СТРАХОВЫХ ПАЦИЕНТОВ

**(ПРИМЕНИМО К ЗАСТРАХОВАННЫМ ПАЦИЕНТАМ ПО ПРОГРАММЕ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ)**

**(ПОДПИСЬ КЛИЕНТАМ ПО ПРОГРАММЕ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ)**  
Я осведомлен(а) и соглашаюсь с тем, что медицинские услуги, оказываемые мне по страховой программе медицинского страхования, оплачиваются Заказчиком (Страховой компанией) в соответствии с моей страховой программой. Услуги, которые не входят в мою страховую программу и не покрываются Страховой компанией, оплачиваются мной отдельно по действующему Прейскуранту Центра на условиях публичного предложения о заключении договора на оказание медицинских услуг Центра, действующего на момент оказания услуги.

С правилами внутреннего распорядка в Центре, размещенными на информационных стенах в медицинских центрах, ознакомлен(а).

#### **IV. ИНФОРМИРОВАНИЕ ПАЦИЕНТА О ВОЗМОЖНОСТИ ПОЛУЧЕНИЯ БЕСПЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОКИ**

Я подтверждаю, что проинформирован(а) Центром о возможности получения медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных грантий Российской Федерации бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных грантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Подписывая данное согласие, я однозначно выражаю свою волю, и желаю получить медицинские услуги на платной основе в ООО ЦОВП «Фамилия».

Моё решение об оказании мне (представляемому мною пациенту) медицинских услуг на платной основе (вне рамок обязательного медицинского страхования и Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи) принято в связи с моим собственным добровольным желанием и целенаправленным, осознанным выбором предприятия в котором оказываются платные медицинские услуги (ООО ПОВП «Фамилия»).

Я информирован(а) и согласен(а), что оказываемые мне платные медицинские услуги не могут быть возмещены из средств ОМС (бюджетных средств) и не будут возмещаться страховой компанией, в которой я застрахован(а) по ОМС.

Я подтверждаю, что не нахожусь в стесненных или вынужденных обстоятельствах

Подпись Пациента

*ФИО Пациента*

Принято в день подачи  
Представитель ООО ПОВП «Фамилия»

Дата

Подпись

ФИО

Приложение №2  
к публичному предложению о заключении договора  
на оказание медицинских услуг от 26.11.2019г



ООО «Центр общей врачебной (семейной) практики «Фамилия»  
654041 г. Новокузнецк, Кемеровская обл, проезд Курбатова, д 1  
сайт [www.familia42.ru](http://www.familia42.ru) телефон (3843) 200-535

## ЗАЯВЛЕНИЕ ЗАКАЗЧИКА

ЗАКАЗЧИК:

Ф.И.О. полностью, дата рождения, фактический адрес проживания, адрес по месту постоянной регистрации, реквизиты документа, удостоверяющего личность (паспорт): серия и номер, дата выдачи, наименование выдавшего органа; контактный телефон и адрес электронной почты.

принимаю публичное предложение ООО ЦОВП «Фамилия» (далее – «Медицинский центр» или «Центр») о заключении договора на оказание медицинских услуг (далее – «Договор»), в соответствии с которым Центр обязуется оказать медицинские и сопутствующие услуги следующему лицу:

ПАЦИЕНТ:

Ф.И.О. полностью, дата рождения, фактический адрес проживания, контактный телефон

а я обязуюсь оплачивать оказанные услуги в соответствии с действующим Прейскурантом Медицинского Центра в день их оказания, если иное не предусмотрено Договором. Я осведомлен о том, что заключение между сторонами соглашений о присоединении к медицинским программам Центра не влечет изменения условий публичного предложения, если иное не предусмотрено в соглашении.

Настоящим даю свое согласие на обработку персональных данных, представленных мною в настоящем заявлении и моих биометрических персональных данных, а именно: моего видеозображения и аудиозаписи моего голоса, в целях исполнения настоящего Договора, в том числе согласие на предоставление моих персональных данных Пациенту для соблюдения требований Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства РФ от 04.10.2012 N 1006, а также лицам, уполномоченным Центром осуществлять обработку персональных данных исключительно в медицинских целях в связи с технической необходимостью при условии соблюдения режима конфиденциальности в отношении обрабатываемых персональных данных.

С публичным предложением Медицинского центра, прейскурантом Центра, режимом работы и правилами внутреннего распорядка Центра ознакомлен и согласен, экземпляр публичного предложения Центра на руки получил.

Подпись Заказчика

ФИО Заказчика

Принято в день подачи  
Представитель ООО ЦОВП «Фамилия»

Дата

Подпись

ФИО

Приложение №3  
к публичному предложению о заключении договора  
на оказание медицинских услуг от 26.11.2019г



ООО «Центр общей врачебной (семейной) практики «Фамилия»  
654041 г. Новокузнецк, Кемеровская обл., проезд Курбатова, д 1  
сайт [www.familia42.ru](http://www.familia42.ru) телефон (3843) 200-535

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  
(Приложение N 2 к приказу Министерства здравоохранения РФ от 20 декабря 2012 г. N 1177н (в ред. от 10.08.2015 N 549н)

Я,

(Ф.И.О. гражданина)

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_

(адрес места жительства гражданина либо 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 2012г. N390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012г. N 24082), для получения первичной медико-санитарной помощи / получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в медицинском центре Общества с ограниченной ответственностью Центр общей врачебной практики «Фамилия»;:  
Медицинским работником \_\_\_\_\_

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2012, N 26, ст. 3442, 3446).

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

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

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

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

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_.  
« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_.  
(дата оформления) г.

## ПЕРЕЧЕНЬ

определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи (в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н)

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аусcultация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование.
3. Антропометрические исследования.
4. Термометрия.
5. Тонометрия.
6. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций.
7. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций.
8. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).
9. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические.
10. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлюметрия, рэоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных).
11. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, допплерографические исследования.
12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно.
13. Медицинский массаж.
14. Лечебная физкультура.

Приложение №4  
к публичному предложению о заключении договора  
на оказание медицинских услуг от 26.11.2019г



ООО «Центр общей врачебной (семейной) практики «Фамилия»  
654041 г. Новокузнецк, Кемеровская обл, проезд Курбатова, д 1  
сайт [www.familia42.ru](http://www.familia42.ru) телефон (3843) 200-535

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ

**при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной, специализированной (в том числе высокотехнологичной), скорой (в том числе скорой специализированной), медицинских освидетельствований и санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий в рамках оказания медицинской помощи амбулаторно, в условиях дневного стационара**

Я,

, фамилия, имя, отчество

информирован врачом и согласен, что мне (моему – ребенку, родственнику, опекаемому)

— Ф.И.О. ребенка, родственника, опекаемого

необходимо оказание медицинской помощи в медицинской организации.

**Я проинформирован о том, что:**

- для получения медицинской помощи я обратился в Общество с ограниченной ответственностью «Центр общей врачебной (семейной) практики «Фамилия» (далее по тексту ЦОВП «Фамилия»);
- в ЦОВП «Фамилия» имеется возможность получить медицинскую помощь в виде платных медицинских услуг, в том числе в соответствии с договором добровольного медицинского страхования;
- в ЦОВП «Фамилия» осуществляется защита персональных данных и соблюдение врачебной тайны; пациент имеет возможность выбрать лиц, которым может быть передана информация о состоянии здоровья – при получении медицинской помощи поименный список таких лиц (в том числе родственников) необходимо довести до сведения лечащего врача;
- имею право на самостоятельный выбор лечащего врача из числа медицинских сотрудников ЦОВП «Фамилия», что консультации врачей-специалистов осуществляются согласно назначениям лечащего врача при реализации порядков, стандартов и протоколов диагностики и лечения;
- облегчение боли, связанной с заболеванием и (или) медицинским вмешательством, производится доступными методами и лекарственными препаратами по медицинским показаниям;
- в случае наличия вопросов я могу обратиться за разъяснением к заведующему отделением или должностному лицу ЦОВП «Фамилия».

**Подписывая данное согласие, я информирован о вышеизложенном и подтверждаю, что:**

- я получил от медицинского персонала ЦОВП «Фамилия» информацию о Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, режиме работы учреждения, месте его нахождения, об имеющейся лицензии, осуществляющей медицинской деятельности, о врачах, об уровне их образования и квалификации – с данной информацией выборочно (по своему желанию) ознакомился;

– я проинформирован о правах пациента, в том числе о праве на отказ от медицинского вмешательства.

**Я проинформирован, что у меня (у представляемого мною пациента) в период получения медицинской помощи в ЦОВП «Фамилия» имеются обязанности, а именно:**

- я обязан предоставить о себе (о представляемом мною пациенте) достоверную информацию, честно и правдиво отвечая на вопросы врача во время сбора и уточнения анамнеза; поставить в известность лечащего врача (врача-консультанта) об имеющихся проблемах со здоровьем, всех перенесенных острых и имеющихся хронических заболеваниях (в т. ч. числе психических заболеваниях и расстройствах, перенесенном туберкулезе, гепатите и имеющейся ВИЧ-инфекции), имевших место аллергических проявлениях, реакциях или индивидуальной непереносимости лекарств, постоянном приеме каких-либо препаратов, а также о злоупотреблении алкоголем и приеме наркотических веществ;

- находясь в процессе получения медицинской помощи, я обязан соблюдать рекомендованный режим и порядок лечения (диагностики, реабилитации), в том числе определенный на период временной нетрудоспособности;
- соблюдать правила внутреннего распорядка ЦОВП «Фамилия».

В случае зафиксированного нарушения режима лечения (диагностики, реабилитации) или правил внутреннего распорядка, при отсутствии непосредственной угрозы для жизни, пациент может быть выписан из ЦОВП «Фамилия». Я ознакомился (по своему выбору) с обязанностями пациента, режимом работы ЦОВП «Фамилия» и правилами внутреннего распорядка. Обязуюсь их соблюдать в период получения медицинской помощи в ЦОВП «Фамилия».

Для оказания медицинской помощи со мной была обговорена возможность проведения мне (представляемому мною пациенту) медицинских технологий, в том числе:

- опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза (история развития заболевания, особенности жизни);
- осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аусcultация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, возможное вагинальное исследование (для женщин) и/или ректальное исследование;
- антропометрические исследования (измерение роста, веса и т.д.); термометрия (измерение температуры); тонометрия (измерение давления);
- исследование органа зрения и зрительной функции; исследование органа слуха и слуховой функции;
- исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы) и психики;
- исследование мочеполовой системы и репродуктивной функции;

лабораторные методы обследования с забором крови из пальца (вены), забором экссудата, раневого и патологического отделяемого, исследование эякулята (у мужчин), иных биологических жидкостей и секретов организма в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, генетические, иммунологические исследования и иные; гематологические исследования; исследование выделительной функции; проведение стернальных пункций.

функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлюметрия, рэоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных), а также иные виды функциональных обследований;

ультразвуковые исследования; допплерографические исследования:

введение лекарственных препаратов по назначению врача (фармакотерапия), в том числе перорально (через рот), парентерально – внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно, аппликационно (на кожу, раневую поверхность, слизистые), ингаляционно (путем вдыхания), субарахноидально, внутрикостно, внутрисуставно, интраназально (через нос), трансконъюнктивально, субконъюнктивально, ретробульбарно, парабульбарно, ректально, введение во влагалище (у женщин), введение лекарственных препаратов и контраста в придаточные пазухи носа (при лечении ЛОР-заболеваний) и в экстренных случаях – внутрисердечно, а также иные методы введений.

физиотерапевтические методы воздействия; магнитотерапия; электролечение, лазеротерапия, криотерапия, механотерапия, пресс терапия, лечение ультразвуком, мезотерапия; медицинский массаж; лечебная физкультура; мануальная терапия; бальнеотерапия; иглорефлексотерапия;

медицинско-психологическое обследование (консультирование); психотерапия, консультации врача-психотерапевта и врача-психиатра; консультации логопеда и логопедические методики.

Я понимаю и согласен, что данные медицинские технологии могут быть выполнены как планово, так и экстренно (неотложно) в период оказания медицинской помощи. Я предупрежден о риске и осознаю, что при применении медицинских технологий невозможно полностью исключить вероятность возникновения осложнений (побочных, вредных для здоровья эффектов) медицинского вмешательства, а также невозможно гарантировать абсолютного достижения целевого результата.

Я даю согласие на применение медицинских технологий в порядке и объеме, определяемом медицинским персоналом ЦОВП «Фамилия».

**Я даю свое согласие на реанимационные мероприятия (применение комплекса медицинских технологий и препаратов) в случае оказания экстренной медицинской помощи при угрозе для жизни.**

Соглашаясь и полностью понимая вышеизложенное, даю согласие на оказание медицинской помощи с применением медицинских технологий в условиях ПОВП «Фамилия»

фамилия, имя, отчество и подпись пациента (это обязательное условие).

Представитель ООО ЦОВП «Фамилия» \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ (ФИО),

объяснил содержание этого документа пациенту, ответил на все заданные вопросы. Во время информирования пациент (представитель пациента) находился в полном сознании, адекватно реагировал на окружающую обстановку. Пациент (представитель пациента) правильно понял представленную ему информацию и поэтому дал необходимое согласие.

Подпись представителя ООО ЦОВП «Фамилия»

«\_\_\_\_\_» 201 Г.

Приложение №5  
к публичному предложению о заключении договора  
на оказание медицинских услуг от 26.11.2019г



ООО «Центр общей врачебной (семейной) практики «Фамилия»  
654041 г. Новокузнецк, Кемеровская обл, проезд Курбатова, д 1  
сайт [www.familia42.ru](http://www.familia42.ru) телефон (3843) 200-535

OTKA3

от видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи

(Приложение N 3 к приказу Министерства здравоохранения РФ от 20 декабря 2012 г. N 1177н (в ред. от 10.08.2015г № 549н)

Я, \_\_\_\_\_  
« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина)

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)  
при оказании мне первичной медико-санитарной помощи в медицинском центре Общества с ограниченной ответственностью «Гранд Медика» отказываюсь от следующих видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012г. N390н (зарегистрирован Минюстом Российской Федерации 5 мая 2012г. N 24082, (далее – виды медицинских вмешательств):

(наименование вида медицинского вмешательства)

Медицинским работником \_\_\_\_\_  
(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме, мне разъяснены возможные последствия отказа от вышеуказанных видов медицинских вмешательств, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния). Мне разъяснено, что при возникновении необходимости в осуществлении одного или нескольких видов медицинских вмешательств, в отношении которых оформлен настоящий отказ, я имею право оформить информированное добровольное согласие на такой вид (такие виды) медицинского вмешательства.

(подпись) \_\_\_\_\_ (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

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

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.  
(дата оформления)

## ПЕРЕЧЕНЬ

определенных видов медицинских вмешательств,  
на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и  
медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи  
(в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н)

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аусcultация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование.
3. Антропометрические исследования.
4. Термометрия.
5. Тонометрия.
6. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций.
7. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций.
8. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).
9. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические.
10. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлюметрия, рэоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных).
11. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, допплерографические исследования.
12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрikoжно.
13. Медицинский массаж.
14. Лечебная физкультура.



ООО «Центр общей врачебной (семейной) практики «Фамилия»  
654041 г. Новокузнецк, Кемеровская обл., проезд Курбатова, д 1  
сайт [www.familiya42.ru](http://www.familiya42.ru) телефон (3843) 200-535

**АКТ  
об оказании медицинских услуг**

«\_\_\_\_\_» 2017г.

ООО «Центр общей врачебной (семейной) практики «Фамилия» (ООО «ЦОВП «Фамилия»), имеющее Лицензию №ЛО-42-01-005012 от 25.05.2017г., выданную Управлением лицензирования медико-фармацевтических видов деятельности Кемеровской области, в лице заместителя генерального директора по экономике, Вавилиной Елены Сергеевны, действующего на основании доверенности б/н от \_\_\_\_\_, и гражданин \_\_\_\_\_,

фамилия, имя, отчество

именуемый в дальнейшем Пациент с другой стороны, в совокупности именуемые «Стороны», составили настоящий акт о нижеследующем:

1. Стороны подтверждают, что Исполнитель оказал, а Пациент принял платные медицинские услуги, в следующем объеме и по следующему перечню:

| Код услуги | Наименование услуги | Цена (руб.) | К-во | Сумма (руб.) |
|------------|---------------------|-------------|------|--------------|
|            |                     |             |      |              |

2. Стоимость оказанных услуг составила: \_\_\_\_\_

3. Медицинские услуги оказаны ООО ЦОВП «Фамилия» в срок и надлежащего качества.

4. Пациент претензий к качеству, объемам и срокам исполнения оказанных медицинских услуг не имеет.

5. Настоящий акт является неотъемлемой частью договора на оказание медицинских услуг, составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из «Сторон».

От ООО ЦОВП «Фамилия»:

\_\_\_\_\_  
Подпись / \_\_\_\_\_ /  
расшифровка подписи

От «Пациента»:

\_\_\_\_\_  
Подпись / \_\_\_\_\_ /  
расшифровка подписи

М.П.