

УВЕДОМЛЕНИЕ

_____, подтверждаю, что до заключения договора на оказание платных медицинских услуг в добровольном порядке я уведомлен(-а) о том, что несоблюдение указаний и рекомендаций медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

(подпись)

(дата)

Договор № _____ на оказание платных медицинских услуг

г. Москва

_____ 2023 г.

ООО «Юни Медика», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице _____, действующего на основании Доверенности № _____ от _____ г., с одной стороны, _____, именуемый(-ая) в дальнейшем «Потребитель» со второй стороны, и _____, именуемый(-ая) в дальнейшем «Заказчик» с третьей стороны, именуемые вместе «Стороны», заключили настоящий договор на оказание платных медицинских услуг (далее – Договор) о нижеследующем.

1. Предмет договора

1.1. По настоящему Договору «Исполнитель» предоставляет «Потребителю» медицинские услуги по своему профилю деятельности в соответствии с указанными ниже лицензией на осуществление медицинской деятельности согласно Прейскуранту цен (тарифов) на медицинские услуги (далее — Прейскурант), утвержденным в установленном порядке, а «Потребитель» обязуется оплатить оказанные услуги. Перечень медицинских услуг, оказываемых «Потребителю» в соответствии с настоящим Договором, определяется в Приложении №1, которое является неотъемлемой частью настоящего Договора.

1.2. Основные понятия:

«Платные медицинские услуги» - медицинские услуги, предоставляемые на возмездной основе за счет личных средств граждан, средств работодателей и иных средств на основании настоящего Договора, в том числе Договоров добровольного медицинского страхования;

«Потребитель» - физическое лицо, имеющее намерение получить либо получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с настоящим Договором. «Потребитель», получающий платные медицинские услуги, является пациентом, на которого распространяется действие Федерального закона №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

«Заказчик» - физическое (юридическое) лицо, имеющее намерение заказать (приобрести) либо заказывающее (приобретающее) платные медицинские услуги в соответствии с настоящим Договором в пользу «Потребителя». Заказчик одновременно может являться Потребителем по настоящему Договору;

«Исполнитель» - медицинская организация, предоставляющая платные медицинские услуги «Потребителю» в соответствии с Договором и Лицензией № Л041-01137-77/00337557 от 19.11.2021 года, выданной Департаментом здравоохранения города Москвы (127006, г. Москва, Оружейный пер., д.43, стр.1, тел.:+7(499)251-83-00).

1.3. «Потребитель» подтверждает, что до заключения договора «Исполнитель» предоставил ему в доступной форме информацию о платных медицинских услугах, содержащую следующие сведения:

- порядок оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи, применяемые при предоставлении платных медицинских услуг, а также информация о возможности осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи;

- информацию о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации);

- информацию о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;

- ознакомил его с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утв. Постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 № 736);

- ознакомил его с действующим в медицинской организации Прейскурантом цен (тарифов) на медицинские услуги, утвержденным в установленном порядке;

- уведомил его 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;

-уведомил его (Заказчика) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) «Исполнителя» (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья «Потребителя».

1.4. Медицинская помощь при предоставлении платных медицинских услуг организуется и оказывается в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи, а также в соответствии с требованиями, предъявляемыми к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенными на территории Российской Федерации, утвержденными в установленном порядке.

2. Права и обязанности сторон

2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1. Ознакомить Потребителя с Лицензией и согласовать характер и объем медицинской помощи;

2.1.2. Оказать Потребителю платные медицинские услуги в соответствии с Перечнем оказываемых Потребителю платных медицинских услуг (смета), согласно п. 1.1. настоящего Договора, качество которых соответствует современным достижениям медицинской науки, и не может быть ниже стандартов качества медицинской помощи, если они установлены для субъекта РФ, где оказываются услуги. В случае отсутствия стандартов, качество услуг не может быть ниже, чем обычно применяемые в современной медицине.

2.1.3. Предупредить Потребителя/Заказчика, в случае если при предоставлении ПМУ требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором.

2.1.4. после исполнения Договора бесплатно выдать Потребителю медицинские документы (копии медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения,

об используемых при предоставлении платных медицинских услуг, лекарственных и медицинских изделиях в течение 3 (трех) рабочих дней.

2.2. Заказчик/Потребитель обязуется:

2.2.1. Своевременно оплачивать оказываемые Потребителю/Заказчику ПМУ, в сроки и порядке, определенные настоящим Договором. В случае отказа Потребителя от ПМУ оплатить Исполнителю фактически оказанные Потребителю/Заказчику медицинские услуги.

2.2.2. Соблюдать рекомендации и назначения врача-специалиста, Правила внутреннего распорядка, санитарно-эпидемиологический режим Исполнителя, Правила техники безопасности и пожарной безопасности, Положение о внутриобъектовом, пропускном режиме Исполнителя, бережно относиться к имуществу Исполнителя.

2.2.3. Предоставлять врачу-специалисту информацию о состоянии своего здоровья, перенесенных и имеющихся заболеваниях, принимаемых лекарственных препаратах, аллергических реакциях, иных особенностях организма.

2.2.4. До начала оказания медицинских услуг и осуществления их оплаты дать в письменном виде согласие на оказание Исполнителем ПМУ, а также согласие на обработку своих персональных данных. Указанные в настоящем пункте согласия оформляются в одном экземпляре и содержатся в медицинской документации Потребителя (Пациента).

2.2.5. Оплачивать оказываемые Исполнителем ПМУ в соответствии с условиями Договора, а также рассматривать и подписывать акт оказанных услуг, предоставляемый сотрудником Исполнителя, сразу после оказания ПМУ.

2.3. Исполнитель вправе:

2.3.1. Определять длительность лечения, объем медицинских услуг, необходимость перевода в другое отделение в соответствии с состоянием здоровья Потребителя.

2.3.2. Привлекать третьих лиц к исполнению своих обязательств по настоящему Договору.

2.3.3. При предоставлении ПМУ прервать оказание услуг по настоящему Договору: при нарушении Заказчиком/Потребителем Постановления Правительства РФ от 04.10.2012 г. №1006, Правил внутреннего распорядка и санитарно-эпидемиологического режима Исполнителя, при неоплате Заказчиком оказываемых Исполнителем по Договору ПМУ, а также при несоблюдении Потребителем медицинских рекомендаций врачей-специалистов, при выявлении у Потребителя медицинских противопоказаний, препятствующих оказанию услуг, и в иных случаях.

2.3.4. Использовать приборы замера температуры тела в отношении посетителей здания Исполнителя. В целях обеспечения безопасности посетителей здания - вести видеонаблюдение.

2.3.5. Воспользоваться иными правами, предусмотренными настоящим Договором и действующим законодательством.

2.4. Потребитель/Заказчик вправе:

2.4.1. Выбирать врача-специалиста из числа медицинских работников Исполнителя, получать сведения о квалификации медицинских работников Исполнителя.

2.4.2. В любое время отказаться от ПМУ, медицинского вмешательства Исполнителя.

2.4.3. назначить законного представителя для представления своих интересов, выписав для этого надлежащим образом оформленную у нотариуса доверенность;

3. Стоимость медицинских услуг и порядок расчетов

3.1. Стоимость платных медицинских услуг, оказываемых Потребителю согласно п. 1.1. настоящего Договора, определяется в соответствии с действующим Прейскурантом цен (тарифов) платных медицинских услуг, и указывается в Перечне медицинских услуг (Приложение 1 к Договору);

3.2. Стоимость медицинских услуг по настоящему Договору определяется по Прейскуранту цен (тарифов) платных медицинских

3.2.1. В случае заключения дополнительного соглашения или отдельного Договора на предоставление дополнительных медицинских услуг, их стоимость определяется по Прейскуранту платных медицинских услуг, действующему на момент заключения настоящего Договора.

3.3. При возникновении необходимости оказания дополнительных услуг по результатам обследования и лечения, стоимость услуг может быть изменена Исполнителем с согласия Потребителя с учетом уточненного диагноза, путем подписания дополнительного соглашения, которое является неотъемлемой частью настоящего Договора.

Без подписанного дополнительного соглашения со стороны Потребителя, Исполнитель не имеет права предоставлять дополнительные платные медицинские услуги по настоящему Договору.

3.4. Оплата медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется Потребителем до начала их оказания (наличными денежными средствами, безналичным расчетом) в кассе медицинской организации, либо путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя в валюте Российской Федерации (рубли). «Потребителю» (Заказчику) после оплаты медицинских услуг выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг, установленного образца.

3.5. При оказании ПМУ Потребителю/Заказчику, для которых требуется приобретение и/или изготовление дорогостоящих и/или имеющих индивидуальные признаки медикаментов/медицинских изделий, стоимость таких медикаментов/медицинских изделий оплачивается Заказчиком /Потребителем на условиях предварительной оплаты.

В случае отказа Потребителя в ходе лечения от выбранной медицинской услуги, для которой на момент отказа уже приобретены и/или изготовлены медикаменты/медицинские изделия Потребителю/Заказчику не возвращается и засчитывается Исполнителем как компенсация таких расходов.

3.6. В случае, если член семьи Потребителя/Заказчика (супруги, их родители, дети) на основании заключенного им с Исполнителем отдельного договора на оказание ПМУ № _____ от _____._____ г. и дополнительного соглашения к нему об оплате семейного депозита, принял на себя дополнительные обязательства по оплате за Потребителя оказываемых по настоящему Договору ПМУ, в таком случае оплата оказываемых Исполнителем Потребителю услуг производится за счет денежных средств такого члена семьи Потребителя/Заказчика на условиях, определенных дополнительным соглашением об оплате семейного депозита в порядке 100 (сто) % предварительной оплаты. Подписывая настоящий Договор Потребитель/Заказчик тем самым выражает свое согласие на оплату оказываемых ему ПМУ в рамках настоящего Договора за счет денежных средств его члена семьи, а также осознает и подтверждает, что после окончания срока действия и/или досрочного расторжения дополнительного соглашения об оплате семейного депозита, заключенного между членом семьи Потребителя и Исполнителем, оплата услуг по настоящему Договору будет производиться Потребителем/Заказчиком самостоятельно на условиях п. 3.1.-3.5. настоящего Договора.

4. Ответственность сторон

4.1. Исполнитель не несет ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора по причине нарушения его условий Потребителем/Заказчиком, включая случаи предоставления Потребителем/Заказчиком неполной и/или недостоверной информации о своем здоровье, нарушении Потребителем/Заказчиком обязательств по п. 2.2.2, 2.2.3 Договора, а также при несоблюдении Потребителем/Заказчиком Правил внутреннего распорядка, Положении о внутриобъектовом, пропускном режиме и санитарно-эпидемиологический режим Исполнителя, а также правил техники безопасности и пожарной безопасности.

4.2. Исполнитель не несет ответственность за эффективность лекарственных средств, предоставленных самим Потребителем/Заказчиком, а также предоставляемых Потребителем/Заказчиком результатов анализов, сделанных сторонними медицинскими организациями.

4.3. При несвоевременной оплате Заказчиком/ Потребителем ПМУ Исполнитель вправе приостановить дальнейшее оказание услуг до даты полного погашения задолженности.

5. Срок действия договора

5.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента подписания Сторонами Договора и действует в течение одного года. Если ни одна из Сторон не заявит в письменном виде о его расторжении, Договор продлевается автоматически на следующий год. Договор может продлеваться неограниченное количество раз.

5.2. Срок начала оказания конкретной услуги определяется датой и временем обращения Потребителя/Заказчика к Исполнителю. Сроки оказания конкретных услуг, проведения лечения определяются по соглашению с Потребителем/Заказчиком, исходя из периода, необходимого для выполнения предусмотренных регламентирующими медицинскую деятельность нормативными документами, профилактических, диагностических и лечебных мероприятий, общего соматического статуса Потребителя, его психоэмоционального состояния, остроты клинической ситуации, определяются индивидуально и указываются в Акте оказания услуг.

5.3. Договор может быть прекращен до истечения срока его действия:

5.3.1. по соглашению сторон при условии осуществления полного взаиморасчета между Сторонами на дату подписания такого соглашения;

5.3.2. в одностороннем порядке Потребителем/Заказчиком, в том числе при письменном отказе от ПМУ/медицинского вмешательства, с осуществлением взаиморасчетов за фактически оказанные услуги и понесенные расходы;

5.3.3. в одностороннем порядке Исполнителем в случае нарушения Потребителем/Заказчиком, принятых на себя обязательств по Договору и/или невозможности выполнения Исполнителем обязательств по настоящему Договору, возникшей по вине Потребителя/Заказчика, с осуществлением взаиморасчетов за фактически оказанные услуги и понесенные расходы;

5.3.4. в иных случаях, предусмотренных настоящим Договором и действующим законодательством РФ.

6. Особые условия взаимодействия сторон через «Личный кабинет»

6.1. Потребителю/Заказчику, при условии, что это одно и то же лицо, а также законному представителю Потребителя (далее – Пользователя), может быть предоставлен доступ к сервисам Исполнителя, в том числе к Личному кабинету.

6.2. Посредством Личного кабинета Пользователь может воспользоваться следующими сервисами Исполнителя: онлайн запись на прием к врачу, онлайн оплата ПМУ, получение медицинских консультаций с применением телемедицинских технологий с авторизацией с помощью ЕСИА и иными сервисами.

6.3. Исполнитель осуществляет доступ Пользователя к Личному кабинету после прохождения процедуры идентификации Пользователя - путем входа в Личный кабинет при помощи логина и пароля. Стороны признают индивидуальный логин и пароль

Пользователя реквизитами простой электронной подписи. Запрос на Сервис Исполнителя, направленный Пользователем через Личный кабинет, является аналогом запроса в адрес Исполнителя, подписанного собственноручной подписью Пользователя.

6.4. Пользователь обязуется не передавать свои логин и пароль, «кодовое слово» третьим лицам и несет полную ответственность за их сохранность, самостоятельно выбирая способ их хранения. Если Пользователь не в состоянии доказать обратное, то все действия, совершенные с использованием его логина и пароля, считаются совершенными самим Пользователем. При утрате, несанкционированном доступе либо в любых других ситуациях, повлекших за собой доступ к паролю третьим лицам, Пользователь обязан незамедлительно сообщить об этом Исполнителю. Без получения соответствующего уведомления от Пользователя Исполнитель полагается на достоверность информации о контактных данных на момент взаимодействия с Пользователем.

6.5. Исполнитель не несет ответственности за последствия несанкционированного использования Личного кабинета третьими лицами, случившегося не по вине Исполнителя.

6.6. Исполнитель вправе частично/полностью ограничить доступ Пользователя к сервисам Исполнителя, в том числе к его Личному кабинету.

7. Прочие условия

7.1. При подписании настоящего Договора и приложений к нему Стороны допускают использование факсимильного воспроизведения Исполнителем подписей уполномоченных им лиц с помощью средств механического или иного копирования, электронной подписи, либо иного аналога собственноручной подписи на документах, являющихся обязательными при проведении сделок. При этом факсимильная подпись будет иметь такую же силу, что и подлинная подпись уполномоченного лица.

7.2. Заказчик/Потребитель подтверждает, что Исполнитель проинформировал его о возможности получения медицинских услуг бесплатно в объеме и на условиях, предусмотренных Программой государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи и Территориальной программой государственных гарантий оказания населению бесплатной медицинской помощи.

7.3. Все приложения, акты и соглашения рассматриваются Сторонами как неотъемлемая часть настоящего Договора, если они совершены в письменной форме и подписаны Сторонами.

7.4. Договор с учетом положений п.1.2. Договора составлен двух или трех экземплярах, по одному для каждой из Сторон.

7.5. Неотъемлемые части Договора:

• Перечень медицинских услуг (Приложение № 1);

7.6. Я, являясь Заказчиком/Потребителем по настоящему Договору, согласен на получение рекламы и иной информации от Исполнителя:

по электронной почте _____

по телефону моб. _____

(подпись Заказчика/Потребителя)

8. Адреса и реквизиты сторон

ИСПОЛНИТЕЛЬ:

ООО «Юни Медика»

Юридический/фактический адрес:

127349, г. Москва, ул.Мурановская,

д.5, эт.2, пом.202,

тел. +7(495)9001010

ИНН/КПП 9715384866/771501001

Расчетный счет 40702810738000122600

в ОАО «Сбербанк России» г. Москва

Кор. счет 30101810400000000225

БИК 044525225

ЗАКАЗЧИК:

ПОТРЕБИТЕЛЬ:

м.п.

(подпись)

(подпись)

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ

на виды медицинских вмешательств, в том числе включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н

1. Я, _____

Проживающий по адресу: _____

даю информированное добровольное согласие на указанные ниже виды медицинских вмешательств, в том числе виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (далее по тексту – «Виды медицинских вмешательств»), при оказании мне, моему ребенку, лицу, чьим законным представителем я являюсь (ненужное зачеркнуть)

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:

Я, _____,
паспорт : серия _____, номер _____, дата выдачи _____, кем выдан _____,
Являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель - ненужное зачеркнуть) ребенка или лица, признанного недееспособным: _____

/фамилия, имя, отчество ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год рождения/

первичной медико-санитарной помощи в
ООО "Юни Медика" (ИНН 9715384866, ОГРН 1207700193282)

	Виды медицинских вмешательств	Нужное отметить Да / Нет
1	Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.	
2	Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование.	
3	Антропометрические исследования (рост, вес, окружность головы и др.).	
4	Термометрия (измерение температуры тела).	
5	Консультации специалистов, проведение консилиумов, врачебной комиссии	
6	Тонометрия (измерение давления).	
7	Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций.	
8	Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций.	
9	Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).	
10	Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические, цитологические, гистологические и др., включая заборы крови, мочи, кала, слюны, пота, прочих биологических жидкостей и тканей, RW, гепатитов В и С.	
11	Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, реоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных), УЗИ с вагинальными и ректальными датчиками и др.	
12	Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования, компьютерная томография (КТ), Рентгенологическая и ультразвуковая, денситометрия, Магнито-резонансная томография (МРТ) и другие лучевые методы исследования.	
13	Проведение реабилитационных мероприятий	
14	Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутривожно, в суставы, методом электрофореза и др.	
15	Медицинский массаж и иглотерапия, лечебная физическая культура.	

Я подтверждаю, что для принятия решения о настоящем Согласии я достаточно информирован(а) / ознакомлен(а) в доступной для меня форме:

- о Перечне видов медицинских вмешательств;
- о целях, способах и сроках оказания медицинской помощи, связанном с ними риском, возможных вариантах медицинских, их последствиях, а также предполагаемых результатах оказания медицинской помощи;
- о прогнозируемой выгоде оказания медицинской помощи, в том числе медицинских вмешательств;
- о рисках и возможных осложнениях оказания медицинской помощи, в том числе медицинских вмешательств, а также возможных негативных последствиях лечения, включая летальный исход, несвоевременного лечения или не лечения моего заболевания с учетом факторов риска и настоящего состояния моего здоровья;
- о реабилитационном периоде после оказания медицинской помощи, в том числе медицинских вмешательств, о сроке восстановления и возможных ограничениях (в т.ч. нетрудоспособности), сопутствующих этому периоду;
- я подтверждаю, что для принятия решения о настоящем Согласии я достаточно информирован(а) о других альтернативных способах решения моих медицинских проблем, а также о лечебных учреждениях, где они применяются;
- я проинформирован(а) о целях, характере и неблагоприятных эффектах предлагаемого мне медицинского вмешательства, диагностических и лечебных процедур и возможности непреднамеренного причинения вреда моему здоровью при их проведении, а также о том, что предстоит мне делать во время их проведения;
- я понимаю необходимость проведения указанного медицинского вмешательства. Мне полностью ясно, что во время манипуляции (процедуры) или после нее могут развиваться осложнения, что может потребовать дополнительных вмешательств (лечения), на которые я даю согласие медицинским работникам;
- я предупрежден(а) и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима приема препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья;
- Я предупрежден(а) и осознаю, что медицинское вмешательство (манипуляция, исследование, лабораторные методы обследования и др.) по объективным причинам и из-за особенностей методик проведения могут оказаться неинформативными, что потребует повторного медицинского вмешательства (манипуляции, исследования, лабораторного метода обследования и др.).
- я уполномочиваю медицинских работников выполнить любую процедуру или дополнительное вмешательство, которое может потребоваться в целях лечения и диагностики, а также в связи с возникновением непредвиденных ситуаций в процессе оказания мне оказываемого медицинского вмешательства.
- я извещен(а) о том, что мне необходимо регулярно принимать назначенные препараты и другие методы лечения, немедленно сообщать медицинским работникам о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых, не прописанных лекарств;
- я ознакомлен(а) с распорядком и правилами лечебно-охранительного режима, установленного в данном лечебно- профилактическом учреждении, и обязуюсь их соблюдать;
- я поставил(а) в известность медицинского работника обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств;
- я согласен(на) на проведение медицинского вмешательства другими медицинскими работниками с учетом сохранения врачебной тайны;
- мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации";
- мне понятно назначение данного документа, полученных разъяснений, и они меня удовлетворяют.

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с п. 5 ч. 5 ст. 19 ФЗ 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:

ФИО гражданина, контактный телефон

/подпись/

/Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина/

/подпись/

/Ф.И.О. медицинского работника/

" " 20 г.

Дополнительная информация для Пациента: Согласно статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя на медицинское вмешательство на основании предоставленной медицинским работником в доступной форме полной информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи. В случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно, вопрос о его проведении в интересах гражданина решает консилиум, а при невозможности собрать консилиум - непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением должностных лиц лечебно-профилактического учреждения.

Согласие на медицинское вмешательство в отношении лиц, не достигших возраста - несовершеннолетних-больных наркоманией в возрасте до 16 лет, иных несовершеннолетних в возрасте до 15 лет, и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, дают их законные представители после сообщения им информации о состоянии здоровья, результатах обследования, наличия заболевания, диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанных с ним рисках, возможных вариантов медицинского вмешательства, последствиях и результатов лечения.

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ ДЛЯ ОКАЗАНИЯ УСЛУГ

Я, _____
(фамилия, имя, отчество - прописью)

паспорт _____
(серия, номер, кем и когда выдан)
код
подразделения _____

проживающий(ая) по
адресу _____
(город, улица, дом, квартира)

контактные телефоны _____

контактный e-mail _____

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных

Я, _____,
паспорт : серия _____, номер _____, дата выдачи _____, кем выдан _____,
Являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель - ненужное зачеркнуть)
ребенка или лица, признанного недееспособным: _____

/фамилия, имя, отчество ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год рождения/

(далее — субъект персональных данных) выражаю свое согласие на обработку ООО «Юни Медика» (далее — Клиника) и организациям-партнерам ООО «Юни Медика» (приложение № 1 к согласию) моих персональных данных: фамилия, имя, отчество, дата рождения, пол, адрес электронной почты, данные паспорта, данные страхового номера индивидуального лицевого счета (СНИЛС), изображение физического лица, аудиозапись голоса физического лица, видеозапись оказанной консультации, в том числе с использованием телемедицинских технологий, видеозапись в помещениях Клиники, контактный телефон (домашний, рабочий, мобильный), анамнез, диагноз, вид оказанной медицинской помощи, сроки оказания медицинской помощи, объем оказанной медицинской помощи, результат обращения за медицинской помощью, реквизиты полиса обязательного медицинского страхования застрахованного лица, реквизиты полиса добровольного медицинского страхования застрахованного лица, сведения об организации, оказавшей медицинские услуги, заключение по результатам оказания медицинских услуг и / или консультации с использованием телемедицинских технологий, сведения о медицинском работнике или медицинских работниках, оказавших медицинские услуги, результат исследования биоматериала, серия и номер выданного листка нетрудоспособности (при наличии), рекомендации по результатам оказания медицинских услуг и / или консультации с использованием телемедицинских технологий,

С ЦЕЛЬЮ выполнения работ и услуг, определенных Уставом и лицензиями Общества, заключения и исполнения договоров на оказание услуг и улучшения качества обслуживания.

Обработка моих персональных данных может осуществляться с использованием и без использования средств автоматизации и включать в себя сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение.

Настоящее согласие действует со дня его подписания в течение всего срока действия договора оказания услуг, а также в соответствии со сроками хранения медицинской документации. Настоящее согласие может быть отозвано путем направления в ООО «Юни Медика» соответствующего письменного заявления на прекращение обработки персональных данных по адресу: 127349, г. Москва, ул. Мурановская, д.5, эт. 2, пом. 202/ info@uniclinic.ru

(подпись)

(расшифровка подписи)

(дата)

Организации-партнеры ООО «Юни Медика»

пациента на обработку персональных данных для оказания услуг

- ООО «Абсолют Страхование», ИНН: 7728178835, адрес: 115280, г. Москва, ул. Ленинская Слобода, дом 26;
- АО «АльфаСтрахование», ИНН: 7713056834, адрес: 115162, г. Москва, ул. Шаболовка, д. 31 стр. Б;
- ООО СК «Альянс Жизнь», ИНН: 7727257386, адрес: 115184, г. Москва, Озерковская наб., д.30;
- ООО «Бестдоктор», ИНН: 7106021081, адрес: 121205, г. Москва, территория инновационного центра «Сколково», ул. Нобеля, д. 7, этаж 2, пом. 8, рм 3;
- САО «ВСК», ИНН: 7710026574, адрес: 121552, г. Москва, ул. Островная, д. 4;
- АО «СК ГАЙДЕ», ИНН: 7809016423, адрес: 191119, г. Санкт-Петербург, Лиговский проспект, дом 108, литер А;
- ООО Страховая Компания «Гелиос», ИНН: 7705513090, адрес: 109544, г. Москва, Бульвар Энтузиастов, д. 2;
- ООО «РСО «Евроинс», ИНН: 7714312079, адрес: 214000, Смоленская область, г. Смоленск, ул. Глинки, д. 7, этаж 2, пом. 9;
- ООО «ЗЕТТА СТРАХОВАНИЕ ЖИЗНИ», ИНН: 7727257386, адрес: 115184, город Москва, Озерковская наб., д. 30
- СПАО «Ингосстрах», ИНН: 7705042179, адрес: 115035, г. Москва, ул. Пятницкая, д. 12, стр. 2;
- ООО «Капитал Лайф Страхование Жизни», ИНН: 7706548313, адрес: 115035, г. Москва, Кадашёвская наб., д. 30;
- ООО «КДЛ Домодедово-тест», ИНН: 5009046778, адрес: 142000, Московская область, г. Домодедово, ш. Каширское (мкр. Северный), дом 7, офис 515
- АО «СК «ПАРИ», ИНН: 7704041020, адрес: 127015, г. Москва, ул. Расковой, д. 34, стр. 14;
- ООО «Регион - Медсервис», ИНН: 7714780197, адрес: 123308, г. Москва, 4-я Магистральная улица, дом 11;
- АО «Группа Ренессанс Страхование», ИНН: 7725497022, адрес: 115114, г. Москва, Дербеневская наб., д. 11, этаж 10, пом. 12;
- САО «РЕСО-Гарантия», ИНН: 7710045520, адрес: 125047, г. Москва, ул. Гашека, д. 12, стр. 1;
- ЧУЗ «ЦКБ «РЖД-Медицина», ИНН: 7716511464, адрес: 129128, г. Москва, ул. Будаевская, д.2
- ПАО СК «Росгосстрах», ИНН: 7707067683, адрес: 140002, Московская область, г. Люберцы, ул. Парковая, д. 3;
- «Совкомбанк страхование» (АО), ИНН: 7812016906, адрес: 196084, г. Санкт-Петербург, Московский проспект, д. 79а, литера А;
- АО «СОГАЗ», ИНН: 7736035485, адрес: 107078, г. Москва, проспект Академика Сахарова, д. 10;
- ООО «СК «Согласие», ИНН: 7706196090, адрес: 129110, г. Москва, ул. Гиляровского, д. 42;
- АО «Страховая бизнес группа», ИНН: 3666068423, адрес: 394018, г. Воронеж, ул. Платонова, д. 16;
- ПАО «САК «Энергогарант», ИНН: 7705041231, адрес: 115035, г. Москва, Садовническая наб., д. 23;
- ООО СК «Сбербанк страхование», ИНН: 7706810747, адрес: 121170, г. Москва, ул. Поклонная, дом 3, корпус 1, 1 этаж, помещение 3;
- АО «ГСК «Югория», ИНН: 8601023568, адрес: 628011, Ханты-Мансийский автономный округ - Югра, г. Ханты- Мансийск, ул. Комсомольская, д. 61;

(подпись)

(расшифровка подписи)

(дата)