|  |  |
| --- | --- |
| **АНКЕТА ПАЦИЕНТА** | **Заполняется****печатными буквами** |
| Фамилия, имя, отчество пациента (полностью): |  |
| Фамилия, имя, отчество законного представителя (если лицо, действует от имени пациента): |  |
| Адрес регистрации пациента *(также законного представителя, если отличается):*  |  |
| Дата рождения: |  | Возраст: |
| Паспорт (серия, номер, выдан, дата) |  |
| **Телефон:** |  | **e-mail:** |  |
| ***Обращаетесь по полису ДМС, гарантийному письму?***  | ДА |  | НЕТ |  |
| Указать реквизиты:  |
| ***Информация о направлении*** (дата, медицинское учреждение, ФИО и должность врача): |
| ***Сообщите о наличии аллергии, аллергических реакций*** |  |
| ***Проходите ли сейчас какое-либо лечение/наблюдение?***  |  |
| ***Укажите, где проходили ранее лечение по такой же причине обращения, что и сейчас?*** |  |
| ***Для женщин: беременность/кормление грудью*** |  |
| ***Стоите ли на учете по какому-либо заболеванию?*** |  |
| ***Имеются ли у пациента /законного представителя заболевания/ограничения, препятствующие ознакомлению с информацией, предоставленной медицинской организацией?***  |  |
| Анкета является неотъемлемой частью Договора на оказание платных медицинских услуг. |
| **ДАТА** | **«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_20 г.** | **ПОДПИСЬ** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/** |

|  |
| --- |
| **СОГЛАСИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ SMS-СООБЩЕНИЙ, РЕКЛАМЫ ИЛИ ДРУГОЙ ИНФОРМАЦИИ**Настоящим на основании ст. 18 Федерального закона от 13 марта 2006 г. № 38-ФЗ «О рекламе», ст. ст. 9, 15 Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», ст. 44.1 Федерального закона от 7 июля 2003 г. № 126-ФЗ «О связи», * даю свое согласие на получение от ООО «Клиника Сесиль +» рассылки информационного и рекламного характера
* не даю свое согласие на получение от ООО «Клиника Сесиль +» рассылки информационного и рекламного характера
* в виде смс-сообщений
* по e-mail

Меня интересуют: * Акции компании
* Скидки
* Новые услуги
* Новости компании
 |
| **ДАТА** | **«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_20 г.** | **ПОДПИСЬ** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/** |

*До заключения договора Исполнитель уведомляет Пациента (Заказчика), что в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Пациент обязан соблюдать режим лечения и правила поведения пациента в медицинской организации. Несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (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 здоровья Пациент (Заказчика).*

*До заключения договора Пациент и Заказчик ознакомлены и подтверждают:*

*- с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 11.05.2023 № 736.*

*- им в доступной форме предоставлена в полном объеме информация, перечисленная в* *п. п. 12 - 17, 21 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 11.05.2023 № 736.*

*- путем размещения на стенде, на сайте и устного ознакомления с ней Заказчику и пациенту доведена информация о форме и способах направления обращений (жалоб) в органы государственной власти и организации, а также почтовом адресе или адресе электронной почты (при наличии), на которые может быть направлено обращение (жалоба).*

*- предоставлена в доступной форме информация о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в медицинских организациях, участвующих в реализации программы государственных гарантий и территориальной программы. ООО «Клиника Сесиль+» не является участником реализации программы государственных гарантий и территориальной программы бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.*

 *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_г*

 (подпись) (расшифровка подписи)

**ДОГОВОР №**

**об оказании платных медицинских услуг**

|  |  |
| --- | --- |
| г. Москва  |  **«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_г**  |

ООО «Клиника Сесиль+», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице Лаврентьевой Е.П., действующей на основании доверенности № 2020/3 от 01.01.2020 г., лицензия на осуществление медицинской деятельности № ЛО-77-01-016585 (Л041-01137-77/00368541) от 29.08.2018г., выданная Департаментом здравоохранения г. Москвы (срок действия - бессрочно), с одной стороны,

и\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемый(ая) в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны, вместе именуемые Стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

**1. Предмет договора**

1. Предметом настоящего договора является предоставление на возмездной основе платных медицинских услуг физическому лицу, обратившемуся за медицинской помощью к Исполнителю, (далее – Пациент) в соответствии с медицинскими показаниями и требованиями, правилами и стандартами оказания медицинской помощи. Заказчик обязуется оплатить оказанные Исполнителем Пациенту медицинские услуги.
2. Настоящий Договор заключен в пользу Пациента.

Реквизиты пациента: *фамилия, имя и отчество (при наличии), адрес места жительства, иные адреса, на которые исполнитель может направлять ответы на письменные обращения, и телефон; данные документа, удостоверяющего личность.*

При совпадении в одном лице Заказчика и Пациента, далее по тексту Договора при упоминании «Пациента» такие условия Договора относятся и распространяются на Заказчика.

Заказчик подтверждает, что является законным представителем Пациента\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

1. Заказчик, если он не совпадает в одном лице с Пациентом, настоящим уполномочивает Пациента на согласование и подписание от его имени и за его счет Плана лечения, счетов, актов об оказании услуг, содержащие, в том числе, перечень и объем оказываемых услуг, сроки оказания, стоимость услуг, изменения и дополнения к указанным документам. Положение действительно, если Пациент является совершеннолетним дееспособным лицом.
2. Перечень (наименование и количество), стоимость медицинских услуг, условия и сроки оказания услуг, оказываемых Пациенту по Договору, указывается в приложениях к Договору или определяются в соответствии с Планом лечения, являющимся неотъемлемой частью настоящего договора. Приложения подписываются при каждом обращении Пациента, План лечения – в ходе приема у врача. Приложение, План лечения также может формироваться на основании назначений врача по результатам очного приема Пациента. Указанные документы согласовываются сторонами путем их подписания Пациентом/Заказчиком и Исполнителем и приравниваются к заключению дополнительного соглашения к Договору.
3. Стоимость медицинских услуг рассчитывается согласно Прейскуранту Исполнителя, действующему на день предоставления медицинских услуг. Утвержденный Прейскурант доступен для ознакомления на официальном сайте Исполнителя и в помещении Исполнителя.
4. Информация об Исполнителе, об осуществляемой им медицинской деятельности и о врачах, об уровне их образования и квалификации доступна для ознакомления на официальном сайте Исполнителя - www.cecilplus.ru и в помещении Исполнителя на информационном стенде.
5. Срок ожидания оказания услуг в день записи: \_\_до 30 минут \_(если иное не определено Планом лечения)
6. Услуги оказываются Исполнителем в течение всего срока действия настоящего Договора в часы работы медицинского центра Исполнителя, в соответствии с утвержденным расписанием, и доведённым до сведения Заказчика (Пациента) путем его размещения в помещении медицинского центра и на сайте, а также на основании предварительной записи Пациента на прием к специалистам Исполнителя по телефону Исполнителя.
7. Платные медицинские услуги оказываются при наличии информированного добровольного согласия пациента или его законного представителя на медицинское вмешательство, данного в порядке, установленном законодательством.

**2. Права и обязанности сторон**

**2.1. Исполнитель имеет право:**

1. Определять объем и характер лабораторных, диагностических, инструментальных и других видов исследований и лечения;
2. Определять сроки лечения Пациента в зависимости от сложности заболевания, плана лечения и состояния здоровья Пациента;
3. Требовать от Пациента предоставления достоверной информации о состоянии его здоровья (ранее перенесенных и наследственных заболеваниях, принимаемых лекарственных средствах, противопоказаниях по применению лекарственных средств и т.п.), необходимой для оказания медицинских услуг согласно настоящему Договору;
4. Изменять приблизительные сроки, условия предоставления медицинских услуг в случае, если подобные изменения обусловлены состоянием здоровья Пациента, либо необходимостью привлечения в процессе лечения медикаментов, либо услуг других специалистов. Изменения подлежат согласованию с Пациентом и Заказчиком путем подписания Плана лечения или Приложения к Договору;
5. Отказать в проведении лечебно-диагностических мероприятий в случае невыполнения Пациентом требований лечащего врача, рекомендаций, связанных с состоянием здоровья, и/или условий настоящего договора;
6. Отказать в приеме Пациента в случаях:

- нахождения Пациента в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения;

- если действия Пациента угрожают жизни или здоровью персонала, третьим лицам;

- опоздания Пациента на прием более чем на 15 минут от назначенного времени.

1. При выявлении у Пациента противопоказаний к проведению лечебно-диагностических мероприятий отказать ему в оказании соответствующих медицинских услуг.

**2.2. Исполнитель обязан:**

1. Оказать платные медицинские услуги в соответствии с условиями настоящего Договора и в полном объеме стандарта медицинской помощи, утвержденного Министерством здравоохранения РФ, либо в виде отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе при объёме, превышающем объём выполняемого стандарта медицинской помощи. Заказчик (Пациент) путем подписания Плана лечения выражает согласие на представление ему медицинских услуг в объеме, превышающем выполняемый стандарт медицинской помощи и оказание услуг на условиях Договора;
2. Предоставить Пациенту, Заказчику бесплатно доступную и достоверную информацию о режиме работы, предоставляемых услугах, их стоимости, условиях предоставления;
3. В отношении Пациентавести требуемую медицинскую документацию;
4. Выдавать Пациенту при наличии письменного заявления копии медицинской документации;
5. Выдавать Пациенту в случаях, предусмотренных законодательством, лист временной нетрудоспособности;
6. Выдать заключение с указанием результатов проведенных исследований и лечебных мероприятий;
7. Соблюдать правила медицинской этики и деонтологии во взаимоотношениях с Пациентом, Заказчиком, а также врачебную тайну.
8. Использовать методы профилактики, диагностики, лечения, медицинские технологии, лекарственные средства, иммунобиологические препараты и дезинфекционные средства, разрешенные к применению в установленном законом порядке.

 **2.3. Пациент имеет право:**

1. Получить квалифицированную медицинскую помощь в полном объеме согласно условиям Договора;
2. Получать от Исполнителя информацию о состоянии своего здоровья, а также информацию о характере предоставляемых услуг.

**2.4. Пациент обязан:**

1. Соблюдать условия настоящего Договора;
2. Соблюдать график приема врачей и специалистов Исполнителя, согласованное время приема;
3. Предоставлять Исполнителю сведения, документы и информацию о состоянии своего здоровья, противопоказаниях, аллергиях, иные сведения, необходимые и влияющие на порядок и качество предоставления медицинских услуг;
4. Строго соблюдать и выполнять установленные врачом план лечения и рекомендации;
5. Немедленно извещать об осложнениях или иных отклонениях, возникших в процессе лечения.
6. Согласовывать со специалистами Исполнителя употребление любых лекарств, лекарственных трав, БАД, мазей и прочего с учетом Плана лечения.
7. Соблюдать правила внутреннего распорядка, техники безопасности и пожарной безопасности в помещении Исполнителя.

**2.5. Заказчик имеет право:**

1. Получать от Исполнителя информацию о состоянии здоровья Пациента при наличии письменного согласия Пациента или в соответствии с действующим законодательством;
2. Получать информацию о перечне и объеме оказанных Пациенту медицинских услуг, их стоимости.

**2.6. Заказчик обязан:**

1. Соблюдать условия настоящего Договора;
2. Производить оплату медицинских услуг согласно условиям настоящего Договора.

**3. Порядок предоставления медицинских услуг**

1. Условия предоставления Пациенту медицинских услуг: Услуги оказываются амбулаторно, в помещении Исполнителя, по предварительной записи в рабочие часы в соответствии с утвержденным расписанием и записью на прием специалистов, и доводятся до сведения Заказчика путем его размещения в помещении или на сайте Исполнителя.
2. Пациент обязан явиться на прием к лечащему врачу в назначенное время. Медицинская услуга оказывается в период согласованной записи к лечащему врачу. Опоздание Пациента более чем на 15 минут является основанием для отказа в оказании услуг в назначенное время. При этом Стороны вправе согласовать иное время приема у врача.
3. При определении условий предоставления медицинских услуг и исполнения своих обязательств по настоящему Договору стороны обязаны руководствоваться сведениями, указанными в амбулаторной карте Пациента.
4. Исполнитель не обеспечивает Пациента бесплатными лекарственными средствами и медицинскими изделиями, не несет ответственность за качество и эффективность представленных Пациентом лекарственных средств.
5. В случае проведения лабораторных исследований услуга считается полученной в день забора биоматериала.
6. По окончании оказания Пациенту медицинских услуг и передачи Исполнителем Пациенту медицинских документов (копий медицинских документов, выписок из медицинских документов), Заказчик (Пациент) подписывает акт, подтверждающий получение медицинских услуг в полном объеме.
7. Исполнитель вправе привлекать третьих лиц для исполнения обязательств по настоящему Договору.

**4. Порядок расчетов**

1. Оплата медицинских услуг производится Заказчиком в день предоставления Исполнителем Пациенту медицинской услуги, если иное не согласовано сторонами. Оплата медицинских услуг может осуществляться наличными денежными средствами или безналичным платежом на основании счета Исполнителя.
2. При наличии задолженности по оплате услуг Исполнитель вправе приостановить оказание услуг или отказать в записи Пациента на прием до погашения задолженности.
3. Пациент и Заказчик ознакомлены с Прейскурантом Исполнителя. Исполнитель вправе изменять цены на медицинские услуги, указанные в Прейскуранте в одностороннем порядке. Измененный Прейскурант размещается на сайте Исполнителя, в регистратуре Исполнителя.
4. В случае отказа Пациента от услуги в ходе её оказания, ранее оплаченная стоимость возвращается Заказчику за вычетом фактически понесенных Исполнителем расходов. Возврат денежных средств Заказчику производится в течение не более 30 дней по его письменному заявлению с указанием причин обращения за возвратом уплаченного, при предъявлении Заказчиком паспорта и документа, подтверждающего оплату услуги Исполнителя.
5. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни, при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие услуги оказываются без взимания платы.
6. Без согласия Пациента Исполнитель не вправе предоставлять дополнительные платные медицинские услуги. Оказание дополнительных платных медицинских услуг оформляется Сторонами путем подписания Плана лечения или Приложения к Договору.

**5. Ответственность сторон**

1. За невыполнение или ненадлежащее выполнение своих обязательств по настоящему договору Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ.
2. Исполнитель несет ответственность за недостатки предоставления медицинских услуг, определенных настоящим Договором, в соответствии с действующим законодательством РФ.
3. Исполнитель не несет ответственность за недостатки в предоставлении медицинских услуг, а равно за оказание услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим договором, в случаях нарушения Заказчиком и/или Пациентом положений настоящего Договора, приложений к нему; неправомерных действий Заказчика и/или Пациента; нарушения рекомендаций, режима лечения; предоставления Заказчиком и/или Пациентом неполной информации о своем здоровье.
4. Споры и разногласия между Сторонами разрешаются путем переговоров, а также в обязательном досудебном претензионном порядке. В судебном порядке споры разрешаются в установленном законом порядке.
5. Стороны не несут ответственности и не имеют взаимных претензий в случае неисполнения или ненадлежащего исполнения обязательств по Договору в период действия обстоятельств непреодолимой силы. Под непреодолимой силой понимаются чрезвычайные и непреодолимые при данных условиях обстоятельства, препятствующие исполнению своих обязательств: стихийные явления (землетрясения, наводнения и т.п.), обстоятельства общественной жизни (военные действия, чрезвычайные положения, эпидемии и т.п.).

**6. Прочие условия**

1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания и действует в течение 3-х лет. Если ни одна из сторон не заявит о прекращении договора, то договор автоматически пролонгируется на следующий период.
2. Согласие Заказчика (Пациента) на проведение медицинской услуги и факт ее получения Пациентом одновременно означает и согласие Заказчика и Пациента на оплату этой услуги.
3. Настоящий Договор может быть изменен по письменному соглашению Сторон. Условия исполнения Договора, отличные от настоящего Договора, могут быть согласованы сторонами в приложениях.
4. Настоящий Договор может быть расторгнут: по соглашению Сторон; по письменному уведомлению одой из Сторон за 30 дней; в случае отказа Пациента от получения медицинских услуг (в части данной услуги); по иным основаниям, установленным действующим законодательством.
5. Пациент и Заказчик подтверждают, что на момент заключения настоящего договора ему в доступной форме предоставлена информация о платных медицинских услугах, содержащая 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;

- информация о медицинском работнике, отвечающем за предоставление соответствующей платной медицинской услуги (его профессиональном образовании и квалификации);

1. Пациент уведомлен о том, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.
2. Пациент и Заказчик вправе направить обращение (жалобу) в органы государственной власти в письменном и или) электронном виде.
3. При предъявлении Пациентом и/или Заказчиком требований, в том числе при обнаружении недостатков выполненной работы (оказанной медицинской услуги), Исполнитель рассматривает и удовлетворяет заявленные требования (направляет отказ в удовлетворении заявленных требований) в сроки, установленные для удовлетворения требований потребителя Законом Российской Федерации "О защите прав потребителей".
4. Настоящий договор составлен в двух (трех, если Заказчик и Пациент - разные лица) экземплярах, по одному для каждой из сторон.

**7. Адреса и реквизиты сторон**

|  |  |
| --- | --- |
| **ИСПОЛНИТЕЛЬ:** **ООО «Клиника Сесиль+»**101000, г. Москва, ул. Чаплыгина, д. 6, помещ.1ЦИНН 7710529070, КПП 771001001ОГРН 1047796090176, зарегистрировано МИФНС России № 46 по г. Москве (Свидетельство от 17.02.2004)Банковские реквизиты: р/с 40702810101400005295в АО «АЛЬФА-БАНК» г. Москва к/с 30101810200000000593БИК 044525593Лицензия № ЛО-77-01-016585 (Л041-01137-77/00368541) от 29.08.2018г. выдана Департаментом здравоохранения г. Москвы (127006, г. Москва, Оружейный переулок, д. 43, стр.1, тел. 8 (495) 777-77-77**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)** | **ЗАКАЗЧИК:****Паспорт\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Адрес\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)** |

**­­­­­­­­­­­­­**

**Пациент с настоящим договором и порядком оказания Исполнителем медицинских услуг ознакомлен: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись)**

**Приложение**

**к Договору об оказании платных**

**медицинских услуг №\_\_\_\_\_\_\_\_от**

**Город Москва**

**Исполнитель: ООО «Клиника Сесиль +»**

**Адрес центра: г. Москва, ул. Чаплыгина, д. 6**

**Дата:**

**Перечень медицинских услуг**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование медицинской услуги | Кол-во (ед.) | Стоимость за ед. |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Порядок оплаты:** согласно условиям Договора / оплачено через агента, купон № ххх-ххх-ххх

(ненужное зачеркнуть)

**Срок оказания услуг:**

**Подписи сторон**

|  |  |
| --- | --- |
| **ИСПОЛНИТЕЛЬ:** **ООО «Клиника Сесиль+»** **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)** | **ЗАКАЗЧИК:****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)** |

**Информированное добровольное согласие**

**на \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Я, , ..19\_\_\_г. рождения,

(Ф.И.О. гражданина, дата рождения)

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на следующие виды медицинских вмешательств:

|  |
| --- |
|  |
|  |

для получения мной медицинской помощи/получения медицинской помощи лицом, законным представителем которого я являюсь ***(ненужное зачеркнуть)*** *в*

**ООО «Клиника Сесиль +»**

 (полное наименование медицинской организации)

**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.

Я ознакомлен врачом и согласен с планом оказания медицинской помощи (консультации, исследования, лечения).

Мне разъяснено, что при указанном виде медицинского вмешательства возможны следующие осложнения:

|  |
| --- |
|  |
|  |

- возможны осложнениях во время анестезии (отек, кровоизлияние в месте укола, снижение внимания и реакции).

- возможна реакция на прием анальгетиков и антибиотиков.

Также врач мне разъяснил, что при запущенном течении заболевания, повторном лечении, а также ввиду индивидуальных особенностей организма и формы заболевания предсказать конечный результат планируемого лечения невозможно. Результаты исследования могут быть искажены вследствие несоблюдения процедуры подготовки к его проведению, которая мне была разъяснена и известна. Мне понятно, и я согласен с тем, что в определенных клинических случаях полное выздоровление невозможно, возможно привести заболевание в стадию ремиссии (временного улучшения). Понимая сущность заболевания и особенности своего организма, я согласен на предложенное врачом исследование (лечение).

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких указанных в настоящем согласии видов медицинских вмешательств, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Мне разъяснены и известны последствия отказа от исследования (лечения), в том числе прогрессирование заболеваний, проявление осложнений, в том числе поражение других органов.

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 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)

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| (подпись) |  | (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| (подпись) |  | (Ф.И.О. медицинского работника) |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| “ | 15 | ” | апреля |  | 2024 | г. |

(дата оформления)