

Договор на оказание медицинских услуг №

г. Архангельск
место составления

« » 20 г.
дата составления

Общество с ограниченной ответственностью «Многопрофильный центр лечения боли и реабилитации», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице Генерального директора Антипина Эдуарда Эдуардовича, действующего на основании Устава, с одной стороны, и, в дальнейшем «Потребитель» (Заказчик), с другой стороны, а вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. Сведения об Исполнителе.

Фирменное наименование Общество с ограниченной ответственностью «Многопрофильный центр лечения боли и реабилитации» (ООО «МПЦ лечения боли и реабилитации»).

Юридический адрес: 163140, г. Архангельск, ул. Северодвинская, д. 82, пом. 3-Н; ОГРН 1142907400214; Инн 2907244180.

Лицензия на осуществление медицинской деятельности № ЛО-27-01-002777 от 24.10.2019 г., (адрес: 163017, Архангельск, пр. Троицкий, 49; телефон: 45-45-07).

2. Определения.

2.1. Если иное не установлено в настоящем Договоре, определения, используемые в настоящем Договоре, будут иметь значения, как указано ниже:

«платные медицинские услуги» - медицинские услуги, предоставляемые на возмездной основе за счет личных средств граждан, средств юридических лиц 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 «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;

«исполнитель» - медицинская организация, предоставляющая платные медицинские услуги Потребителям;

«медицинская организация» - юридическое лицо независимо от организационно-правовой формы, осуществляющее в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятельность на основании лицензии, выданной в порядке, установленном законодательством Российской Федерации;

«медицинский работник» - физическое лицо, которое имеет медицинское или иное образование, работает в медицинской организации и в трудовые (должностные) обязанности которого входит осуществление медицинской деятельности.

3. Предмет Договора.

3.1. В соответствии с настоящим Договором Исполнитель обязуется, на основании действующей лицензии на осуществление медицинской деятельности, предоставить Потребителю (Заказчику) медицинские услуги на возмездной основе, а Потребитель (Заказчик) обязуется своевременно оплатить стоимость предоставленной услуги в порядке и на условиях, предусмотренных настоящим Договором, выполнить требования Исполнителя, обеспечивающие качество медицинской услуги, включая сообщение для этого необходимых сведений

3.1.1. Медицинские услуги предоставляются в соответствии с требованиями, предъявляемыми к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенными на территории Российской Федерации, утвержденными в установленном порядке.

3.1.2. Медицинские услуги предоставляются:

- в полном объеме медицинской помощи.

3.1.3 Медицинская помощь оказывается в виде комплекса мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья, включает в себя предоставление медицинской услуги (комплекса медицинских услуг), оказывается в соответствии с действующим законодательством в сфере охраны здоровья. Объем обследования и диагностических манипуляций, длительность лечения и реабилитации определяется порядками оказания медицинской помощи, стандартами медицинской помощи, клиническими протоколами (рекомендациями) и другими нормативными документами, действующими на территории Российской Федерации

3.1.4. Предоставление медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется только при наличии информированного добровольного согласия Потребителя (законного представителя Потребителя), данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан, которое является Приложением № 1 к настоящему Договору.

3.2. Перечень, стоимость и сроки выполнения медицинских услуг, оказываемых Потребителю в соответствии с настоящим Договором, определяется Дополнительным соглашением, согласно Приложению № 3, которое является неотъемлемой частью настоящего Договора.

3.2.1. В случае изменения срока оказания медицинских услуг, Стороны подписывают новое Дополнительное соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего Договора.

3.3. Потребитель подтверждает, что на момент подписания настоящего Договора Исполнитель:

ознакомил его с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденными Постановлением Правительства РФ от 04.14.2012 года №1414, которые размещены на интернет сайте медицинской организации, на информационном стенде (стойке) и доступны неограниченному кругу лиц в течение всего рабочего времени медицинской организации;

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

ознакомил его с правилами предоставления медицинских услуг ООО «МПЦ лечения боли и реабилитации», которые размещены на интернет сайте медицинской организации, на информационном стенде (стойке) и доступны неограниченному кругу лиц в течение всего рабочего времени медицинской организации;

- представил для ознакомления копию Лицензии на осуществление медицинской деятельности, которая размещена на интернет сайте медицинской организации, на информационном стенде (стойке) и доступна неограниченному кругу лиц в течение всего рабочего времени медицинской организации;

- 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 о том, что 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 её завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя.

3.4. Подписав настоящий Договор, Потребитель (Заказчик) подтверждает, что он добровольно согласился на оказание ему медицинских услуг на платной основе.

3.5. Стороны принимают на себя обязательство не раскрывать третьим лицам характер и объемы оказываемых услуг.

3.6. По факту оказания медицинских услуг Исполнителем и Потребителем подписывается Акт выполненных работ по форме, приведенный в Приложении № 4.

4. Права и обязанности Сторон.

4.1. Исполнитель обязуется:

4.1.1. Оказать Потребителю платные медицинские услуги в соответствии с Перечнем оказываемых Потребителю платных медицинских услуг, согласно п. 3.2. настоящего Договора.

4.1.2. Оказывать медицинские услуги качественно, с использованием современных методов диагностики и лечения, в полном объеме в соответствии с настоящим Договором, после внесения Потребителем денежных средств, в порядке, определенном разделом 5 настоящего Договора, и предоставления документов, подтверждающих оплату.

4.1.3. Обеспечить участие квалифицированного медицинского персонала для предоставления медицинских услуг по настоящему Договору.

4.1.4. Исполнитель обязан предоставить дополнительные медицинские услуги по экстренным показаниям, для устранения угрозы жизни Потребителя, при внезапных острых заболеваниях и осложнениях, без взимания платы.

4.1.5. Вести всю необходимую медицинскую документацию, в установленном действующим законодательством РФ порядке.

4.1.6. Немедленно извещать Потребителя о невозможности оказания необходимой медицинской помощи по настоящему Договору, либо о возникших обстоятельствах, которые могут привести к сокращению оказания медицинских услуг, что оформляется Дополнительным соглашением, являющимся неотъемлемой частью настоящего Договора.

4.1.7. Исполнитель обязан предупредить Потребителя, в случае, если требуются дополнительно оплачиваемые медицинские услуги, которые Исполнитель не вправе оказывать без согласия Заказчика, в противном случае Исполнитель обязан возместить Потребителю стоимость данных услуг.

4.1.8. Исполнитель обязан соблюдать конфиденциальность всей информации, касающейся здоровья Потребителя

4.2. Потребитель (Заказчик) обязуется:

4.2.1. Оплатить предоставленные Исполнителем медицинские услуги, перечень которых указан в Приложении № 3, до начала их оказания, согласно Прейскуранту цен (тарифов), и в порядке, определенном разделом 5 настоящего Договора.

4.2.2. Предоставить Исполнителю (медицинскому работнику, предоставляющему платные медицинские услуги) данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных не Исполнителем (при их наличии), а также сообщить все известные сведения о состоянии своего здоровья, в т.ч. об аллергических реакциях на лекарственные средства, о заболеваниях и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения.

4.2.3. Ознакомиться с порядком и условиями предоставления платных медицинских услуг по настоящему Договору.

4.2.4. Выполнять все медицинские предписания, назначения, рекомендации медицинских работников, оказывающих медицинские услуги по настоящему Договору.

4.2.5. При предоставлении медицинских услуг сообщать Исполнителю (медицинскому работнику, предоставляющему платные медицинские услуги) о любых изменениях самочувствия.

4.2.6. Отказаться на весь период предоставления медицинских услуг по настоящему Договору, от употребления наркотиков и лекарств, их содержащих, психотропных препаратов, алкоголь содержащих напитков.

4.2.7. Не осуществлять самостоятельного лечения, согласовывать с Исполнителем (медицинским работником, предоставляющим платные медицинские услуги) употребление любых терапевтических препаратов, лекарств, лекарственных трав и т. д.

4.2.8. Соблюдать график приема медицинских работников, предоставляющих медицинские услуги по настоящему Договору.

4.2.9. Соблюдать внутренний режим нахождения в медицинской организации, лечебно-охранительный режим, правила техники безопасности и пожарной безопасности.

4.2.14. В случае выявления каких-либо недостатков в процессе оказания медицинских услуг, незамедлительно сообщить Исполнителю.

4.2.11. Потребитель согласен на сбор, хранение и обработку его персональных данных (фамилия, имя, отчество, дата рождения, адрес места жительства, место работы, должность, сведения о состоянии здоровья) согласно законодательным актам Российской Федерации (Приложение № 2).

4.3. Исполнитель имеет право:

4.3.1. Отказать в приеме Потребителю в случаях:

- состояния алкогольного, наркотического или токсического опьянения.

- действий Потребителя, угрожающих жизни и здоровью персонала и посетителей поликлиники.

4.3.2. На перенос срока оказания услуги в случае опоздания Потребителя более чем на 30 (тридцать) минут по отношению к назначенному времени получения услуги.

4.3.3. На хранение и обработку персональных данных Потребителя (фамилия, имя, отчество, дата рождения, адрес проживания, место работы, должность, сведения о состоянии здоровья) согласно законодательным актам Российской Федерации.

4.4. Потребитель имеет право:

4.4.1. В доступной для него форме получать имеющуюся информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагностике, прогнозе, методах лечения, реабилитации и рисках, связанных с предоставлением медицинской помощи.

4.4.2. В любой момент отказаться от оказания медицинской помощи, оформив при этом отказ медицинского вмешательства в порядке, установленной действующим законодательством Российской Федерации, с оплатой фактически оказанных услуг на момент отказа.

5. Цена и порядок оплаты услуг.

5.1. Стоимость медицинских услуг, оказываемых Потребителю согласно п. 3.2. настоящего Договора, определяется в соответствии с действующим Прейскурантом цен платных медицинских услуг, с которым Потребитель ознакомлен до подписания настоящего Договора.

5.2. Стоимость медицинских услуг по Дополнительному соглашению к настоящему Договору определяется по Прейскуранту цен платных медицинских услуг, действующему на момент заключения Дополнительного соглашения.

5.3. Оплата медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется Потребителем или его законным представителем до начала их оказания наличными денежными средствами в кассу медицинской организации, либо путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя в порядке 140% предварительной оплаты. Потребителю после оплаты медицинских услуг выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставляемых медицинских услуг, установленного образца.

5.4. При возникновении необходимости оказания дополнительных услуг в процессе оказания медицинской помощи, объем услуг, оговоренный в Дополнительном соглашении к Договору, может быть изменен с согласия Потребителя. В таком случае, Исполнителем и Потребителем подписывается еще одно Дополнительное соглашение к Договору, в котором оговорен перечень дополнительных платных медицинских услуг. Без согласия Потребителя, Исполнитель не имеет права предоставлять дополнительные платные медицинские услуги по настоящему Договору.

5.5. В случае, если объем фактически оказанных медицинских услуг, превышает объем услуг, предусмотренных Дополнительным соглашением к Договору, то их оплата производится по факту оказания медицинских услуг

6. Ответственность Сторон.

6.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору, Стороны несут ответственность в порядке, предусмотренном действующим законодательством РФ.

6.2. Вред, причиненный жизни или здоровью Потребителя в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.

6.3. Исполнитель не несет ответственности за оказание медицинских услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим Договором, в случаях: предоставления Потребителем неполной и (или) искаженной информации о своем здоровье; нарушения графика приема; рекомендаций, выданных медицинским персоналом Исполнителя.

6.4. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора на оказание платных медицинских услуг, если докажет, что причиной такого неисполнения

(ненадлежащего исполнения) стало нарушение Потребителем условий настоящего Договора и индивидуальные особенности организма Потребителя.

6.5. Потребитель несет ответственность за вред, причиненный своими противоправными действиями, имуществом Исполнителя, в том числе используемому для проведения обследования и (или) лечения.

6.6. Споры и разногласия сторон, связанные с неисполнением, либо с ненадлежащим исполнением своих обязательств подлежат разрешению в досудебном порядке путем переговоров между Сторонами. Если Стороны не придут к соглашению, споры рассматриваются в порядке, определенном действующим законодательством Российской Федерации в суде общей юрисдикции по месту нахождения Исполнителя.

7. Порядок изменения и расторжения Договора.

7.1. Любая договоренность между Сторонами, влекущая за собой новые обязательства, которые не вытекают из настоящего Договора, должна быть подтверждена Сторонами в форме Дополнительных соглашений к настоящему Договору. Все изменения и дополнения к Договору считаются действительными, если они оформлены в письменном виде и надлежащим образом подписаны Сторонами.

7.2. Настоящий Договор расторгается в случаях:

7.2.1. Отказа Потребителя после заключения настоящего Договора от получения медицинских услуг. Отказ Потребителя от получения медицинских услуг по настоящему Договору оформляется в письменной форме и направляется Исполнителю. Исполнитель информирует Потребителя о расторжении настоящего Договора по инициативе Потребителя. Потребитель оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по настоящему Договору. В случае, если Потребителем была внесена предоплата, а медицинские услуги не были оказаны в полном объеме, то при расторжении Договора Исполнитель производит возврат предоплаты после возмещения фактически понесенных им расходов.

7.2.2. Отказа Исполнителя после заключения настоящего Договора от оказания медицинских услуг. Отказ Исполнителя от оказания медицинских услуг по настоящему Договору оформляется в письменной форме и направляется Потребителю. Исполнитель информирует Потребителя о расторжении настоящего Договора по инициативе Исполнителя. Потребитель оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по настоящему Договору. В случае, если Потребителем была внесена предоплата, а медицинские услуги не были оказаны в полном объеме, то при расторжении Договора Исполнитель производит возврат предоплаты после возмещения фактически понесенных им расходов.

8. Заключительные положения.

8.1. Договор на оказание медицинских услуг заключён в 2-х экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному экземпляру для каждой Стороны.

8.2. Договор вступает в силу с даты его заключения и до исполнения Сторонами своих обязательств.

8.2.1. После исполнения настоящего Договора, Исполнитель выдает Потребителю Медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья, по письменному заявлению Потребителя.

9. Уведомление Потребителя.

9.1. Исполнитель ставит Потребителя в известность о том, что 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 Потребителя. (Приложение № 5)

14. Реквизиты и подписи Сторон.

Исполнитель:	Потребитель (Заказчик)
ООО «МПЦ лечения боли и реабилитации» ИНН 2907244180 КПП 290741401 ОГРН 1142907400214 Адрес: 163140, г. Архангельск, ул. Северодвинская, д. 82, пом. 3-Н Тел.: 8(8182) 43-77-77 Генеральный директор _____ Антипин Э.Э.	Ф.И. О. Дата рождения: Телефон: Паспорт: Выдан: Дата выдачи: Адрес: _____ /

Согласие на обработку персональных данных

Я,

(фамилия, имя, отчество – полностью)

проживающий по адресу: в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.14 г. "О персональных данных" № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку ООО «МПЦ Лечения боли и реабилитации» (далее – Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, – в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС (договором ДМС, договором на оказание платных услуг).

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет (для стационара, пять лет – для поликлиники).

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной « » 20 г. и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку

Контактный телефон:

Подпись субъекта персональных данных _____

**Общество с ограниченной ответственностью
«МНОГОПРОФИЛЬНЫЙ ЦЕНТР ЛЕЧЕНИЯ БОЛИ И РЕАБИЛИТАЦИИ»
163000, г. Архангельск, ул. Северодвинская, д. 82
ИНН 2901244180 ОГРН 1112901000208 КПП 290101001**

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я

(фамилия, имя, отчество – полностью)

добровольно даю свое согласие на госпитализацию в дневной стационар ООО «МПЦ Лечения боли и реабилитации», для проведения мне медицинского вмешательства:

(название медицинского вмешательства)

- Мне согласно моей воли даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях указанного медицинского вмешательства.

- Я информирован (-на) о целях, характере и неблагоприятных эффектах медицинского вмешательства, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также о том, что предстоит мне делать во время их проведения.

- Я извещен (-на) о том, что мне необходимо регулярно принимать назначенные препараты, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых, не прописанных лекарств.

- Я предупрежден (-на) 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 осознаю, что во время проведения медицинского вмешательства могут возникнуть обстоятельства, препятствующие ее выполнению и произойти ситуация, требующая изменения плана проведения медицинского вмешательства.

- Я осознаю, что проводимые медицинские вмешательства, направлены на уменьшение или полного купирования имеющегося у меня болевого синдрома, путем временного или постоянного прекращения работы нервных стволов или нервных скоплений.

- Я предупрежден (-на), что во время проведения медицинского вмешательства могут возникнуть такие осложнения:

- Внутреннее и/или наружное кровотечение;
- Нарушение функционирования нервной системы, в том числе необратимое
- Повреждение оболочек и/или ткани внутренних органов (в том числе легкого, сердца, печени, поджелудочной железы, органов желудочно-кишечного тракта, мочеполовой системы, вен, артерий)
- Воспалительный процесс в области проведения медицинского вмешательства, системная воспалительная реакция организма (сепсис)
- Усиление болевого синдрома.
- Остановка дыхания, сердечной деятельности, в том числе со смертельным исходом.
- Аллергическая реакция местного характера, системная аллергическая реакция.
- Резкое падение артериального давления (шок) либо его повышение (гипертонический криз).

- Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты, и добровольно даю свое согласие на проведение указанного медицинского вмешательства в предложенном объеме.

« » 20 года

Подпись пациента/законного представителя _____

(подпись)

Расписался в моем присутствии:

Врач _анестезиолог/реаниматолог
(должность, Ф.И.О)

(подпись)

**Общество с ограниченной ответственностью
«МНОГОПРОФИЛЬНЫЙ ЦЕНТР ЛЕЧЕНИЯ БОЛИ И РЕАБИЛИТАЦИИ»
163000, г. Архангельск, ул. Северодвинская, д. 82
ИНН 2901244180 ОГРН 1112901000208 КПП 290101001**

Информированное добровольное согласие на анестезиологическое обеспечение медицинского вмешательства

Я

(фамилия, имя, отчество – полностью)

находясь на лечении в дневном стационаре ООО «МПЦ Лечения боли и реабилитации».

Добровольно даю свое согласие на проведение мне:

(название вида обезболивания, возможность изменения анестезиологической тактики)

- Я поставил(а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, пищи, бытовой химии, пыльцы цветов; обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, анестезиологических пособиях; об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности, употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

- Я информирован (-на) о целях, характере и неблагоприятных эффектах анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства, а также о том, что предстоит мне (представляемому) делать во время его проведения.

- Я предупрежден (-на) о факторах риска и понимаю, что проведение анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства сопряжено с риском нарушений со стороны сердечно-сосудистой, нервной, дыхательной и других систем жизнедеятельности организма, непреднамеренного причинения вреда здоровью, и даже неблагоприятного исхода.

- Мне разъяснено, и я осознаю, что во время анестезиологического пособия могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения. В таком случае, я согласен (согласна) на то, что вид и тактика анестезиологического пособия может быть изменена врачами по их усмотрению.

- Я ознакомлен (-на) и согласен (-на) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на проведение анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства в предложенном объеме.

О последствиях (возможных осложнениях при выполнении анестезии):

- Остановка сердечной деятельности.
- Остановка дыхания.
- Нарушения деятельности желудочно-кишечного тракта.
- Нарушения деятельности нервной системы.
- Аллергические реакции.

и связанных с ними риском информирован (информирована) врачом анестезиологом -реаниматологом:

(Ф.И.О. врача анестезиолога-реаниматолога)

« » 20 года

Подпись пациента/законного представителя _____

(подпись)

Расписался в моем присутствии:
Врач анестезиолог/реаниматолог
(должность, Ф.И.О)

(подпись)

Наименование медицинской организации
ООО «МПЦ Лечения боли и реабилитации»
Адрес 163060 Г.Архангельск, ул,Северодвинская,82

Код формы по ОКУД _____
Код организации по ОКПО 26042289

Медицинская документация
Учетная форма N 025/у
Утверждена приказом Минздрава России
от 15.12.2014 N 834н

**МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА
ПАЦИЕНТА, ПОЛУЧАЮЩЕГО МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ
В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ N _____**

1. Дата заполнения медицинской карты: число _____ месяц _____ год _____
2. Фамилия, имя, отчество _____
3. Пол: муж. -1, жен. - 2 4. Дата рождения: число _____ месяц _____ год _____
5. Место регистрации: субъект Российской Федерации _____
район _____ город _____ населенный пункт _____
улица _____ дом _____ квартира _____ тел. _____
6. Местность: городская - 1, сельская - 2
7. Полис ОМС: серия _____ N _____ 8. СНИЛС _____
9. Наименование страховой медицинской организации _____
10. Код категории льготы _____ 11. Документ _____ : серия _____ N _____
12. Заболевания, по поводу которых осуществляется диспансерное наблюдение:

Дата начала диспансерного наблюдения	Дата прекращения диспансерного наблюдения	Диагноз	Код по МКБ-10	Врач

стр.7 ф. N 025/у

26. Этапный эпикриз
Дата _____ Временная нетрудоспособность с _____ (_____ дней).
Жалобы и динамика состояния _____

Проведенное обследование и лечение _____

Диагноз основного заболевания: _____ код по МКБ-13 _____

Осложнения: _____

Сопутствующие заболевания _____ код по МКБ-13 _____
_____ код по МКБ-13 _____
_____ код по МКБ-13 _____

Внешняя причина при травмах (отравлениях) _____ код по МКБ-13 _____

Рекомендации _____

Листок нетрудоспособности _____

Врач _____

13. Семейное положение: состоит в зарегистрированном браке - 1, не состоит в браке - 2, неизвестно - 3.
 14. Образование: профессиональное: высшее - 1, среднее - 2; общее: среднее - 3, основное - 4, начальное - 5; неизвестно - 6.
 14. Занятость: работает - 1, проходит военную службу и приравненную к ней службу - 2; пенсионер(ка) - 3, студент(ка) - 4, не работает - 5, прочие - 6
 16. Инвалидность (первичная, повторная, группа, дата) _____
 17. Место работы, должность _____
 18. Изменение места работы _____
 19. Изменение места регистрации _____

20. Лист записи заключительных (уточненных) диагнозов:

Дата (число, месяц, год)	Заключительные (уточненные) диагнозы	Установленные впервые или повторно (+/-)	Врач

21. Группа крови _____ 22. Rh-фактор _____ 23. Аллергическая реакция _____
 Рост: _____
 Вес: _____

30. Консультация заведующего отделением _____ стр.8 ф. N 025/у
 _____ Временная нетрудоспособность с _____ (_____ дней).

Жалобы и динамика состояния _____

Проведенное обследование и лечение _____

Диагноз основного заболевания: _____ код по МКБ-13 _____

Сопутствующие заболевания _____ код по МКБ-13 _____
 _____ код по МКБ-13 _____
 _____ код по МКБ-13 _____

Внешняя причина при травмах (отравлениях) _____ код по МКБ-13 _____

Рекомендации по дальнейшему наблюдению, до обследованию и лечению _____

_____ Лечащий врач _____

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 (согласно Приложению № 2 к приказу Минздрава Российской Федерации от 20 декабря 2012 № 1177н).

Я, _____ 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 (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082) (далее - Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи / получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в

ООО «Многопрофильный центр лечения боли и реабилитации»

(полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником __ АйР Антипиным Эдуардом Эдуардовичем

(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 2011 г. 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).

ПЕРЕЧЕНЬ:

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

стр.9 ф. N 025/у

28. Заключение врачебной комиссии

Дата _____

Жалобы и динамика состояния _____

Проведенное обследование и лечение _____

Диагноз основного заболевания: _____ код по МКБ-13 _____

Осложнения: _____

Сопутствующие заболевания _____ код по МКБ-13 _____

_____ код по МКБ-13 _____

_____ код по МКБ-13 _____

Внешняя причина при травмах (отравлениях) _____

_____ код по МКБ-13 _____

Заключение врачебной комиссии: _____

Рекомендации _____

Председатель _____ Члены комиссии _____

2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, 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, пикфлоуметрия, рэоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных).
11. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования.
12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно.
13. Медицинский массаж.
14. Лечебная физкультура.

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 № 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)

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

Антипин Эдуард Эдуардович
(подпись) (Ф.И.О. медицинского работника)

г. _____
(дата оформления)

29. Диспансерное наблюдение стр.10 ф. N 025/y

Дата _____
Жалобы и динамика состояния _____

Проводимые лечебно-профилактические мероприятия _____

Диагноз основного заболевания: _____ код по МКБ-13 _____

Осложнения: _____

Сопутствующие заболевания _____ код по МКБ-13 _____
_____ код по МКБ-13 _____
_____ код по МКБ-13 _____

Внешняя причина при травмах (отравлениях) _____
_____ код по МКБ-13 _____

Рекомендации и дата следующего диспансерного осмотра, консультации _____

Врач _____

стр.3 ф. N 025/у

24. Записи врачей-специалистов:

Дата осмотра _____ на приеме, на дому, в фельдшерско-акушерском пункте, прочее.

Врач (специальность) _____

Жалобы пациента _____

Анамнез заболевания, жизни _____

Объективные данные _____

Диагноз основного заболевания: _____ код по МКБ-13 _____

Осложнения: _____

Сопутствующие заболевания _____ код по МКБ-13 _____

код по МКБ-13 _____

код по МКБ-13 _____

Внешняя причина при травмах (отравлениях) _____

код по МКБ-13 _____

Группа здоровья _____ Диспансерное наблюдение _____

Назначения (исследования, консультации)	Лекарственные препараты, физиотерапия
Листок нетрудоспособности, справка	Льготные рецепты
Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, отказ от медицинского вмешательства	
Врач	

стр.11 ф. N 025/у

30. Сведения о госпитализациях

Дата поступления и выписки	Медицинская организация, в которой была оказана мед. помощь в стационарных условиях	Заключительный клинический диагноз

31. Сведения о проведенных оперативных вмешательствах в амбулаторных условиях

Дата проведения	Название оперативного вмешательства	Врач

32. Лист учета доз облучения при рентгенологических исследованиях

Дата проведения	Название рентгенологического исследования	Доза облучения

25. Медицинское наблюдение в динамике:

Дата	
Жалобы	
Данные наблюдения в динамике	
Назначения (исследования, консультации)	Лекарственные препараты, физиотерапия
Листок нетрудоспособности, справка	Льготные рецепты
	Врач

Дата	
Жалобы	
Данные наблюдения в динамике	
Назначения (исследования, консультации)	Лекарственные препараты, физиотерапия
Листок нетрудоспособности, справка	Льготные рецепты
	Врач

33. Результаты функциональных методов исследования:

Дата	
Жалобы	
Данные наблюдения в динамике	
Назначения (исследования, консультации)	Лекарственные препараты, физиотерапия
Листок нетрудоспособности, справка	Льготные рецепты
	Врач

Дата	
Жалобы	
Данные наблюдения в динамике	
Назначения (исследования, консультации)	Лекарственные препараты, физиотерапия
Листок нетрудоспособности, справка	Льготные рецепты
	Врач

34. Результаты лабораторных методов исследования:

Дата	
Жалобы	
Данные наблюдения в динамике	
Назначения (исследования, консультации)	Лекарственные препараты, физиотерапия
Листок нетрудоспособности, справка	Льготные рецепты
	Врач

Дата	
Жалобы	
Данные наблюдения в динамике	
Назначения (исследования, консультации)	Лекарственные препараты, физиотерапия
Листок нетрудоспособности, справка	Льготные рецепты
	Врач