До заключения договора Исполнитель в доступной форме уведомляет Потребителя (Пациента) 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, а также уведомляет Потребителя (Пациента) о возможности получения медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

подпись Ф.И.О.

ДОГОВОР

**на оказание платных медицинских услуг № 3610**

г. Москва 00.00.0000

Общество с ограниченной ответственностью «Клиника Премиум Эстетикс», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», Лицензия на осуществление медицинской деятельности № Л041-001137-77/00314529 от 06 июля 2017 г., Бессрочно, Департаментом здравоохранения г. Москвы, выдана Департаментом здравоохранения г. Москвы, адрес лицензирующего органа: 127006 г. Москва, Оружейный переулок, д. 43, тел: (499) 251-83-00 (на оказание следующих видов работ и услуг: при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по медицинскому массажу; сестринскому делу; сестринскому делу в косметологии; физиотерапии; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по терапии; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по терапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности); гастроэнтерологии; генетике; дерматовенерологии; диетологии; косметологии; мануальной терапии; онкологии; пластической хирургии; рефлексотерапии; сердечно-сосудистой хирургии; ультразвуковой диагностике; хирургии; эндокринологии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по трансфузиологии), зарегистрировано Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы № 46 по г. Москве 21.08.2015 г. за основным государственным регистрационным номером 1157746770862, в лице Генерального директора Вихриевой Нины Сергеевны, действующего на основании Устава, с одной стороны, и

Гражданин

(Ф.И.О. полностью)

рождения, именуемая(ый) в дальнейшем «Пациент», с другой стороны, совместно именуемые в дальнейшем – «Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. **ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**
   1. Исполнитель обязуется оказывать Пациенту медицинские услуги (далее - «Услуги») в соответствии с действующим на момент оказания Услуг Прейскурантом, а Пациент обязуется своевременно оплачивать стоимость предоставляемых Услуг, а также выполнять требования, предъявляемые Исполнителем, направленные на обеспечение качественного предоставления Услуг, включая сообщение необходимой для оказания Услуг информации, а также соблюдение рекомендаций врача.
   2. Перечень, стоимость Услуг и сроки их предоставления Пациенту, оговариваются в соответствии с действующим Прейскурантом, установленным Исполнителем, и указываются в Приложениях к настоящему Договору. По медицинским показаниям и/или с согласия Пациента ему могут быть оказаны и иные Услуги, стоимость которых согласовывается Исполнителем с Пациентом или его представителем дополнительно. Действующий Прейскурант Исполнителя является публичным документом и размещается на сайте в сети Интернет по адресу:  **www.clinic-premium.ru**
   3. Режим работы Исполнителя: c 10:00 до 22:00 ч.
2. **ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**
   1. **Исполнитель обязан:**

2.1.1.Обеспечить Пациента информацией, включающей в себя сведения о месте оказания Услуг, режиме работы, перечне Услуг с указанием их стоимости по Прейскуранту, об условиях предоставления и получения этих Услуг, а также сведения о квалификации специалистов, непосредственно оказывающих Услуги (врач, средний медицинский персонал);

2.1.2.Обеспечить выполнение принятых на себя обязательств по оказанию Услуг силами собственных специалистов (врач, средний медицинский персонал) и/или сотрудников медицинских учреждений, имеющих с Исполнителем договорные отношения.

2.1.3.Определить возможность и целесообразность оказания Услуг, а также степень возможных индивидуальных изменений после них.

2.1.4.Информировать Пациента в доступной для него форме о применяемых к Пациенту методах обследования и процедурах, о характере возможного развития осложнений.

2.1.5.Оказать Услуги, учитывая желаемый Пациентом результат и индивидуальные анатомические или физиологические особенности Пациента, выполняя процедуру/курс процедур, с применением надлежащих материалов, медикаментов, инструментов и оборудования в сроки, установленные в медицинской документации и в Приложениях к настоящему Договору. При невозможности определения сроков Услуги должны быть оказаны в разумный срок. Сроки предоставления Услуг, проведения лечения могут уточняться или меняться исходя из периода необходимого для постановки диагноза и определения курса лечения, общего и психоэмоционального состояния Пациента, а также иных факторов.

2.1.6.При возникновении обстоятельств, которые могут привести к осложнениям в ходе оказания Услуг, поставить Пациента об этом в известность.

2.1.7.Соблюдать правила медицинской этики во взаимоотношениях с Пациентом, конфиденциальность всей информации, касающейся самочувствия, здоровья Пациента и иных сведений, полученных Исполнителем при оказании Услуг Пациенту в соответствии с законодательством Российской Федерации.

2.1.8.Обеспечить Пациенту непосредственное ознакомление с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, и выдать по письменному требованию Пациента или его представителя копии медицинских документов, отражающих состояние здоровья Пациента не позднее 10 (Десяти) календарных дней с даты получения письменного требования.

* 1. **Исполнитель имеет право:**

2.2.1.В случае возникновения неотложных состояний при отсутствии законных представителей Пациента самостоятельно определять объем исследований и вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи, в том числе не предусмотренных настоящим Договором.

2.2.2.Самостоятельно по согласованию с Пациентом определять характер и объем Услуг, необходимых для Пациента в рамках курса процедур, а также изменять курс процедур по мере их проведения. Количество процедур определяется по соглашению сторон с учетом медицинских показаний, которые отражаются в медицинской карте Пациента.

2.2.3.Требовать предоставления Пациентом сведений и документов, необходимых для оказания Услуг наибольшей эффективности, в случаях предыдущего наблюдения или лечения в иных учреждениях.

2.2.4.Отказать Пациенту в оказании Услуг, а также в приеме Пациента, немедленно уведомив его об этом:

- при наличии острых воспалительных или инфекционных заболеваний, а также иных медицинских противопоказаний;

- при заведомой невозможности достичь желаемого Пациентом результата в связи с индивидуальными анатомическими или физиологическими особенностями Пациента;

- при предоставлении Пациентом неполных и/или недостоверных сведений, связанных со здоровьем Пациента;

- в случае пребывания Пациента в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения;

- в случае совершения Пациентом действий, угрожающих жизни и здоровью персонала Исполнителя;

- в случае неоплаты Пациентом стоимости Услуг на условиях, указанных в настоящем Договоре;

- в случае отсутствия необходимых материалов, препаратов, технических возможностей врачей.

2.2.5.Требовать от Пациента соблюдения:

-графика прохождения процедур;

-соблюдения режима приема лекарственных препаратов, режима питания и других назначений/предписаний указанных врачом;

2.2.6.Использовать результаты, описание хода проведения процедур (в рамках оказания Услуг) и прочую информацию в качестве примера при опубликовании в специализированной медицинской литературе, а также использовать в медицинских, научных и образовательных целях без указания данных Пациента, достаточных для его идентификации.

2.2.7.Изменять сроки оказания Услуг, уведомив Пациента об этом в разумный срок.

2.2.8. Медицинский персонал Исполнителя вправе для уточнения диагноза и выбора оптимального плана лечения направлять Пациента к другим специалистам. В случае невыполнения указанных рекомендаций, ответственность за неблагоприятные последствия несет Пациент.

* 1. **Пациент обязан:**

2.3.1.Являться на прием в строго назначенное время.

2.3.2.Выполнять все медицинские рекомендации, предписания/назначения, полученные от Исполнителя, как до процедуры, так и после нее.

2.3.3.Ознакомиться и подписать информированное согласие об объеме и условиях предоставления услуг (Приложение № 1), являющееся неотъемлемой частью настоящего Договора. Без подписанного информированного согласия настоящий Договор является недействительным.

2.3.4.До начала оказания Услуг предоставить Исполнителю полную и достоверную информацию о своем здоровье, сообщить все известные Пациенту сведения о наличии у него заболеваний, противопоказаний к применению каких-либо лекарств или процедур, о перенесенных Пациентом заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, а также другую информацию, влияющую на оказание медицинских услуг.

2.3.5.При необходимости пройти предварительное медицинское обследование, соответствующую лекарственную подготовку, консультации смежных специалистов, фотографирование.

2.3.6.При возникновении любых осложнений или отклонений, возникающих как в процессе оказания Услуг, так и после процедур, немедленно извещать о них Исполнителя.

2.3.7.Согласовывать с врачом употребление любых лекарственных препаратов, лекарственных трав, мазей, кремов и т. д.

2.3.8.При ухудшении самочувствия после проведения процедуры/курса процедур явиться на контрольный осмотр по месту нахождения Исполнителя. В случае вмешательства других медучреждений на любой стадии оказания Услуг Исполнитель не несет ответственности за их результат.

2.3.9.Оплатить стоимость оказываемых Услуг, согласно утвержденному Прейскуранту и Приложениям в соответствии с условиями настоящего Договора.

2.3.10.Формулировать в письменном виде все претензии и требования к Исполнителю.

2.3.11.В случае отказа от Услуг, рекомендуемых Исполнителем, подписать Отказ от видов медицинских вмешательств по форме Приложения №2 к настоящему Договору.

2.3.12.Подписать Согласие на обработку персональных данных по форме Приложения №3 к настоящему Договору.

2.3.13. Соблюдать режим лечения и правила поведения пациента в медицинской организации.

**2.4**. **Пациент имеет право:**

2.4.1.Получать информацию об объеме, стоимости и результатах предоставляемых Услуг, о квалификации специалистов, работающих в салоне Исполнителя, о препаратах, материалах и оборудовании, используемых при оказании Услуг Исполнителем.

2.4.2.При невозможности явки в назначенное время проинформировать об этом Исполнителя, по возможности указав причину отсутствия, не менее чем за 1 рабочий день до назначенного приема.

2.4.3.Отказаться от получения Услуг либо до момента начала их оказания и получить обратно уплаченную сумму с возмещением Исполнителю затрат, связанных с подготовкой оказания Услуг, либо на любом этапе получения Услуг и получить обратно часть уплаченной суммы с возмещением Исполнителю затрат за уже оказанные Услуги.

2.5.Заключая настоящий Договор, Пациент осознает, что любое медицинское вмешательство сопряжено с известной долей риска, может вызвать отклонение самочувствия от нормы, в том числе болезненные ощущения, чувство дискомфорта, повышение температуры тела, а также определенные моральные переживания по поводу результатов проведенных процедур, взаимоотношений с окружающими и т.п.

2.6. Направить обращение (жалобу) в органы государственной власти и/или Исполнителю одним из следующих способов:

* направление обращения (жалобы) Роспотребнадзор: посредством заполнения формы заявления на сайте <https://www.rospotrebnadzor.ru>, либо посредством направления на почтовый адрес: Вадковский переулок дом 18, строение 5 и 7, г. Москва, 127994;
* направление обращения (жалобы) Росздравнадзор: посредством заполнения формы заявления на сайте <https://roszdravnadzor.gov.ru>, либо посредством направления на почтовый адрес: Славянская площадь 4, стр. 1,г. Москва, 109074;
* направление обращения (жалобы) Исполнителю: посредством направления на почтовый адрес, указанный в разделе 10 Договора, на электронную почту, указанную в разделе 10 Договора, непосредственно Исполнителю.

1. **ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ**

3.1.Оплата Услуги по настоящему Договору производится Пациентом в полном объеме в день оказания Услуги до ее начала. В случае, если предполагается проведение комплекса Услуг, нескольких сеансов либо курсов процедур, информация об их количестве указывается в Приложениях к настоящему Договору. Оплата полного курса Услуг производится Пациентом в полном объеме до начала их проведения. Иной порядок оплаты может быть предусмотрен Дополнительным соглашением Сторон.

3.2.Оплата Услуг осуществляется в соответствии с Прейскурантом, действующим на момент оказания Услуг и являющимся неотъемлемой частью настоящего Договора, и Приложениями к настоящему Договору путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя или по безналичному расчету путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя. Подписанием настоящего Договора Пациент соглашается с тем, что ознакомлен с действующим Прейскурантом и оплачивает стоимость Услуг в соответствии с ним.

3.3.Исполнитель вправе в одностороннем порядке изменять стоимость Услуг в Прейскуранте с предварительным уведомлением об этом Заказчика не менее чем за 10 (десять) рабочих дней. Уведомление производится путем публикации на сайте Исполнителя: **www.clinic-premium.ru**.

3.4.Оказание Пациенту Услуг подтверждается Актом сдачи-приемки Услуг, медицинской картой Пациента и иными документами, подтверждающими оказание Услуг.

1. **ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**
   1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору Стороны несут ответственность в порядке, предусмотренным законодательством Российской Федерации.
   2. Исполнитель несет ответственность перед Пациентом только за умышленные виновные действия персонала.
   3. Исполнитель освобождается от ответственности перед Пациентом в следующих случаях:

4.3.1.При нарушении Пациентом условий настоящего Договора, в том числе при возникновении осложнений из-за невыполнения Пациентом рекомендаций, предписаний или назначений врача или при несвоевременном извещении Исполнителя о возникших осложнениях.

4.3.2.При возникновении аллергии или непереносимости препаратов и материалов, разрешенных к применению.

4.3.3.При отказе Пациента от медицинских вмешательств, рекомендованных Исполнителем.

4.3.4.При не явке Пациента на контрольный осмотр. В этом случае, в медицинской документации Пациента врачом делается запись о не явке на прием со стороны Пациента и отсутствии жалоб, претензий.

4.4.В случае неявки Пациента на контрольный осмотр или при обращении Пациента в другое лечебное учреждение Исполнитель не несет ответственности за достижение желаемого результата от процедур.

1. **ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ**

5.1.Все споры, вытекающие из настоящего Договора, Стороны будут по возможности решать путем ведения переговоров. При невозможности достижения согласия спор подлежит передаче на рассмотрение суда в соответствии с законодательством РФ.

5.2. Предварительный претензионный порядок урегулирования споров обязателен. Претензии предъявляются в письменной форме. Исполнитель не принимает к рассмотрению претензии, в основе которых лежат заключения, выданные специалистами иных частных клиник.

1. **ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА**
   1. Все изменения и дополнения к настоящему Договору, а также его расторжение считаются действительными при условии, если они совершены в письменной форме и подписаны уполномоченными на то представителями обеих Сторон.
   2. Настоящий Договор может быть расторгнут по соглашению Сторон, а также по письменному требованию одной из сторон на основании, предусмотренных и законодательством Российской Федерации.
2. **ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ВЫДАЧИ ПАЦИЕНТУ (ЗАКОННОМУ ПРЕДСТАВИТЕЛЮ**

**ПАЦИЕНТА) МЕДИЦИНСКИХ ДОКУМЕНТОВ**

* 1. Основаниями для предоставления пациенту либо его законному представителю медицинских

Документов (их копий) и выписок из них является поступление Исполнителю от пациента либо его законного представителя письменного запроса о предоставлении медицинской документации для ознакомления (далее – письменный запрос), который должен содержать следующие сведения:

1) сведения о пациенте:

а) фамилия, имя, отчество (при наличии);

б) реквизиты документа, удостоверяющего личность пациента;

в) адрес места жительства (места пребывания);

г) почтовый адрес для направления письменных ответов и уведомлений и (в случае, если имеется) номер контактного телефона, адрес электронной почты (при наличии);

2) в случае обращения от имени пациента его законного представителя – сведения о законном представителе, указанные в подпункте 1 настоящего пункта;

3) наименования медицинских документов (их копий) или выписок из них, отражающих состояние здоровья пациента, которые пациент либо его законный представитель намерен получить, и период, за который он намерен их получить;

4) сведения о способе получения пациентом (его законным представителем) запрашиваемых медицинских документов (их копий) или выписок из них (для получения медицинских документов (их копий) или выписок из них на бумажном носителе – при личном обращении или по почте.

5) дату подачи запроса и подпись пациента либо его законного представителя ( для письменного запроса ).

7.2. В случае направления запроса пациентом либо его законным представителем о предоставлении оригинала медицинской карты пациента, пациенту либо его законному представителю предоставляется их копия или выписка из них, за исключением случаев формирования указанных медицинских документов в форме электронных документов.

7.3. При подаче запроса лично , а также при личном получении медицинских документов (их копий) и выписок из них пациент либо его законный представитель предъявляет документ , удостоверяющий личность. Законный представитель пациента дополнительно предъявляет документ, подтверждающий его статус.

7.4. В случае выбора способа получения пациентом (его законным представителем) запрашиваемых медицинских документов (их копий) или выписок из них по почте соответствующие медицинские документы (их копии) или выписки из них направляются заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении.

7.5. В случае отсутствия в запросе сведений и (или) документа, подтверждающего статус законного представителя, Исполнитель в письменной или электронной форме информирует об этом пациента либо его законного представителя в срок, не превышающий четырнадцати календарных дней со дня регистрации в организации запроса.

7.6. Предоставление пациенту либо его законному представителю копий медицинских документов и выписок из них на бумажном носителе осуществляется в количестве одного экземпляра.

7.7. Максимальный срок выдачи медицинских документов (их копий) и выписок из них не должен превышать 30 дней с момента регистрации запроса Исполнителем.

1. **ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ**
   1. Все изменения, дополнения и иная документация, связанная с исполнением настоящего Договора, подписанные уполномоченными представителями Сторон, является неотъемлемой частью настоящего Договора.
   2. Настоящий Договор вступает в силу с момента подписания Сторонами и действует до исполнения Сторонами своих обязательств по настоящему Договору.
   3. Подписанием настоящего Договора Стороны пришли к взаимному согласию о том, что Исполнитель вправе использовать факсимильное воспроизведение подписи с помощью средств механического или иного копирования, либо иного аналога собственноручной подписи при подписании настоящего Договора, Приложений и Дополнительных соглашений, счетов и иной документации связанной с настоящим Договором. В указанном случае Договор считается заключенным.
   4. Настоящий Договор заключен в 2-х подлинных экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.
2. **РЕКВИЗИТЫ СТОРОН**

**Исполнитель: Пациент:**

|  |  |
| --- | --- |
| **ООО «Клиника Премиум Эстетикс»**  Юридический адрес: 123022, РФ, г.Москва,  Ул.Рочдельская, д.15:стр.16  Фактический адрес: г.Москва,123022, РФ,  Г.Москва, ул.Рочдельская, д15: стр.16  ИНН/КПП 7703392033/770301001  ПАО «Сбербанк России»  р/с 40702810838000051930  к/с 30101810400000000225  БИК 044525225  e-mail: mail@clinic-premium.ru  Генеральный директор |  |

(должность подписанта)

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /** Вихриева Н.С.**/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_./**

(подпись) (Ф.И.О. полностью) (подпись) (Ф.И.О. полностью)

Приложение N 2

Утверждено

приказом Министерства здравоохранения

Российской Федерации

от 12 ноября 2021 г. N 1051н

Форма

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ на медицинское вмешательство**

Я,

(фамилия, имя, отчество - полностью)

проживающий по адресу:

в отношении \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г. рождения, проживающего по адресу:

(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(в случае проживания не по месту жительства законного представителя) даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в [Перечень](consultantplus://offline/ref=8585C781BF4E7F902760B34F1EC31C5100C119A18DE9217E3839E5CABA46577CCD8FAB20B97356BCBC42AA01A976DA2AFD98166853E26DA0O3LDK) определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н (далее – виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в Общество с ограниченной ответственностью «Клиника Премиум Эстетикс»

Медицинским работником \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) 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](consultantplus://offline/ref=8585C781BF4E7F902760B34F1EC31C5100C119A18DE9217E3839E5CABA46577CCD8FAB20B97356BCBC42AA01A976DA2AFD98166853E26DA0O3LDK), или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных [частью 9 статьи 20](consultantplus://offline/ref=8585C781BF4E7F902760B34F1EC31C5102CB13A18FE8217E3839E5CABA46577CCD8FAB20B97354BAB642AA01A976DA2AFD98166853E26DA0O3LDK) Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с [пунктом 5 части 5 статьи 19](consultantplus://offline/ref=8585C781BF4E7F902760B34F1EC31C5102CB13A18FE8217E3839E5CABA46577CCD8FAB27B97B5DE8E40DAB5DED24C92AF898146A4FOEL2K) Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| (подпись) |  | (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон) |
|  |  |  |
| (подпись) |  | (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника) |

|  |  |
| --- | --- |
|  | 08.02.2024 г.  (дата оформления) |

Приложение

к приказу Министерства

здравоохранения и социального

развития Российской Федерации

от 23 апреля 2012 г. N 390н

ПЕРЕЧЕНЬ

ОПРЕДЕЛЕННЫХ ВИДОВ МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ,

НА КОТОРЫЕ ГРАЖДАНЕ ДАЮТ ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ

СОГЛАСИЕ ПРИ ВЫБОРЕ ВРАЧА И МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

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.

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, пикфлуометрия, рэоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных).

11. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, допплерографические исследования.

12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно.

13. Медицинский массаж.

14. Лечебная физкультура.

**СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ пациентов**

Я,

(ФИО)

зарегистрирован(а)

(адрес)

документ, удостоверяющий личность серия **\_\_\_\_\_\_** номер **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** выдан **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**дата выдачи **\_\_.\_\_.\_\_\_\_\_,**

(серия и номер документа, удостоверяющего личность, кем и когда выдан)

в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» свободно, в своей воле и в своем интересе даю согласие ООО «Клиника Премиум Эстетикс», расположенному по адресу: 123022, г. Москва, ул. Рочдельская, д.15, стр.16, этаж 1, пом.1, ком.3, на обработку со следующими условиями:

1. Данное Согласие дается на обработку персональных данных, как без использования средств автоматизации, так и с их использованием.
2. Согласие дается на обработку следующих моих персональных данных:
   1. Персональные данные, не являющиеся специальными или биометрическими: фамилия, имя, отчество; дата рождения; реквизиты документа, удостоверяющего личность; номера контактных телефонов; адреса электронной почты; сведения о семейном положении; адрес места жительства (по паспорту или иному документу, удостоверяющему личность); фактический адрес места жительства.
   2. Специальные персональные данные: сведения о состоянии здоровья, в том числе сведения о проходимых медицинских вмешательствах; сведения о принимаемых медицинских препаратах; сведения о проходимых медицинских процедурах.
3. Цель обработки персональных данных: оказание платных медицинских услуг.
4. В ходе обработки с персональными данными будут совершены следующие действия: сбор; запись; систематизация; накопление; хранение; уточнение (обновление, изменение); извлечение; использование; передача (предоставление, доступ); блокирование; удаление; уничтожение.
5. Следующие третьи лица обрабатывают предоставленные персональные данные по поручению ООО «Клиника Премиум Эстетикс»: ООО «Премиум Эстетикс» (123154, г. Москва, проспект Маршала Жукова, дом 51, пом.XVI, ком.11).
6. Персональные данные обрабатываются до прекращения договорных отношений. Хранение персональных данных, зафиксированных на бумажных носителях, осуществляется согласно Федеральному закону №125-ФЗ «Об архивном деле в Российской Федерации» и иным нормативно правовым актам в области архивного дела и архивного хранения.
7. Согласие может быть отозвано субъектом персональных данных или его представителем путем направления письменного заявления ООО «Клиника Премиум Эстетикс» или его представителю по адресу, указанному в начале данного Согласия.
8. В случае отзыва субъектом персональных данных или его представителем согласия на обработку персональных данных ООО «Клиника Премиум Эстетикс» вправе продолжить обработку персональных данных без согласия субъекта персональных данных при наличии оснований, указанных в пунктах 2 – 11 части 1 статьи 6, части 2 статьи 10 и части 2 статьи 11 Федерального закона №152-ФЗ «О персональных данных» от 27.07.2006 г.
9. Настоящее согласие действует все время до момента прекращения обработки персональных данных, указанных в п.6 и п.7 данного Согласия.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | / | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | инициалы |  | подпись |

**Согласие на получение информации**

Я,

зарегистрирован(а)**,**

документ, удостоверяющий личность серия **\_\_\_\_** номер **\_\_\_\_\_\_** выдан **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** дата выдачи **\_\_\_.\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_,**

даю свое согласие на получение полезных и важных информационных материалов от ООО «Клиника Премиум Эстетикс» (ИНН 7703392033, ОГРН 1157746770862, адрес: 123022, г. Москва, ул. Рочдельская, д.15, стр.16, этаж 1, пом.1, ком.3), в виде смс-сообщений и по e-mail (электронной почте) в целях информирования меня об имениях режима работы клиники, расписания врачей, улучшения качества обслуживания, новых услугах, скидках, акциях в ООО «Клиника Премиум Эстетикс»

по номеру телефона **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

и/или адресу электронной почты

Настоящее согласие предоставляется на неограниченный срок при отсутствии сведений о его отзыве. Согласие может быть отозвано мною или предоставлено снова на условиях, указанных выше, в любой момент путем направления письменного заявления ООО «Клиника Премиум Эстетикс» или его представителю по адресу, указанному в начале данного Согласия.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **/** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
|  | **Подпись** |  | **расшифровка подписи** |