

**Публичный Договор-оферта на оказание платных медицинских услуг  
ООО «Клиника ИНСАЙТ» ( в соответствии со ст. ст. 435, 437, 438 Гражданского Кодекса РФ)**

г. Казань

06 апреля 2022 г.

Настоящий публичный Договор-оферта на оказание платных медицинских услуг Общества с ограниченной ответственностью «Клиника ИНСАЙТ» (далее: «Договор-оферта», «Договор» и/или «Оферта») в порядке ст.ст. 435, 437 Гражданского Кодекса РФ является публичной офертой, обращенной к физическим лицам, которые принимают настоящую Оферту в отношении оказания амбулаторной медицинской помощи, оказании разовой медицинской услуги, оказании медицинских услуг и лечение в стационаре, и выражают намерение заключить Договор-оферту на услуги Исполнителя по нижеследующим условиям.

Срок действия настоящей оферты устанавливается с 06.04.2022 года до момента ее официального отзыва или утверждения предложения (оферты) в новой редакции. При трактовке настоящего Договора-оферты применяется следующая терминология: 1. Исполнитель– ООО «Клиника ИНСАЙТ».

2. Пациент – физическое лицо, имеющее намерение получить платные медицинские услуги лично в соответствии с Договором-офертой.

3. Медицинские услуги – перечень медицинских услуг указан в Прейскуранте Исполнителя, оказываемых Исполнителем в рамках видов медицинской деятельности, указанных в лицензии на осуществление медицинской деятельности № ЛО-10-16-01-008356 от 30.09.2020 года, выданной Министерством здравоохранения РТ, г. Казань, ул. Островского д.11/6

4. Правила оказания услуг – утвержденные приказами главного врача локальные документы, регламентирующие правила и условия оказания Медицинских услуг пациентам Исполнителя. Правила оказания услуг доступны для ознакомления на стойке регистратуры, а также на сайте <http://ins-clinic.ru>.

5. Прейскурант платных медицинских услуг (Прейскурант на медицинские услуги ООО «Клиника ИНСАЙТ» для физических лиц) или Прейскурант – утвержденный главным врачом перечень оказываемых Медицинских услуг и цен на них, действующий на момент осуществления оплаты. Прейскурант доступен для ознакомления на информационных стендах и на сайте <http://ins-clinic.ru> в разделе «Платные услуги». Стоимость конкретных процедур и манипуляций также может быть уточнена в регистратуре и телефону 8 (843)5610100.

6. Медицинская карта – Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях (ф. 25/у), медицинская карта в стационарных условиях (ф. № 003/у).

## 1. ПРЕДМЕТ ОФЕРТЫ.

1.1. ООО «Клиника ИНСАЙТ» оказывает Пациенту по его заказу медицинские услуги: доврачебную помощь, амбулаторную помощь, лечение в стационаре, прочие услуги (далее – Медицинские услуги), в соответствии с п. 1.3. настоящего Договора-оферты и Прейскурантом платных медицинских услуг (далее – Прейскурант), а Пациент обязуется оплатить оказанные услуги.

1.2. Медицинские Услуги оказываются в соответствии с Правилами оказания услуг (далее - Правила), утвержденными приказами главного врача в установленном порядке. Акцептируя настоящий Договор-оферту, Пациент подтверждает, что он ознакомился с указанными локальными актами, и «Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», утвержденных Постановлением Правительства РФ от 04.10.2012 N 1006 и обязуется их соблюдать. Изменения в указанные Правила размещаются на сайте Исполнителя и информационных стендах. Пациент, подписав Акцепт, обязуется знакомиться с изменениями к ним.

1.3. Платные Медицинские Услуги оказываются по заказу Пациента в полном объеме стандарта медицинской помощи, утвержденного Министерством здравоохранения Российской Федерации, либо в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи. Волеизъявление (заказ) Пациента отражается в квитанции об оплате, содержащей конкретный перечень оказываемых Пациенту Медицинских услуг; стоимость оказываемых услуг согласно Прейскуранту.

1.4. Сроки оказания медицинских услуг определяются Заказчиком самостоятельно, исходя из Прейскуранта Исполнителя, либо в соответствии с рекомендациями врача:

-лечение в отделении детоксикации – от 12 часов и более, в том числе услуги по лабораторной диагностике: общий анализ мочи, общий анализ крови, биохимический анализ крови, исследование крови на сифилис экспресс методом МРП, серологический анализ крови, ЭКГ, рентгенография грудной клетки. Услуги по лабораторной диагностике предоставляются в срок не более 2 (двух) рабочих дня с момента заключения Сторонами настоящего Договора;

-медико-социальная реабилитация в круглосуточном стационаре отделения психического здоровья –от 45 суток и более, а в реабилитации зависимых – от 120 суток и более.

## **2. ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ В РАМКАХ ДОГОВОРА-ОФЕРТЫ.**

2.1. Исполнитель в рамках настоящего Договора-оферты намеревается оказать Пациенту платные медицинские услуги в соответствии с его заказом (п. 1.3 настоящего Договора-оферты). Исполнитель обязуется оказывать Медицинские услуги качественно, с использованием современных методов диагностики и лечения в соответствии с настоящим Договором-офертой после оплаты услуг.

2.2. В рамках исполнения настоящего Договора-оферты при наступлении соответствующих обстоятельств Исполнитель обязуется немедленно известить Пациента о невозможности оказания

ему Медицинских услуг либо сокращении объема оказываемых Медицинских услуг. Такими обстоятельствами могут быть: медицинские противопоказания; заболевание, лечение которого возможно лишь в специализированных медицинских учреждениях; если медицинское вмешательство, по мнению врача, сопряжено с неоправданным риском причинения вреда здоровью Пациента или угрожает жизни Пациента; отсутствие у Исполнителя необходимых специалистов, оборудования, инструментария, непереносимость лекарственных средств; неподготовленность Пациента к проведению процедуры и т.д.

2.3. Пациент соглашается с тем, что проводимое лечение не может полностью гарантировать достижение эффекта, так как при оказании медицинских услуг и после них, как в ближайшем, так и в отдаленном периоде, возможны различные осложнения, а также с тем, что используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма.

### **3. СТОИМОСТЬ ОКАЗЫВАЕМЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

3.1. Стоимость платных Медицинских услуг, оказываемых Пациенту в соответствии с настоящим Договором-офертой, определяется согласно заказу Пациента (п. 1.3 настоящего Договора-оферты) в соответствии с действующим Прейскурантом платных медицинских услуг. Перечень оказываемых услуг и их стоимость указываются в квитанции, выдаваемой Пациенту.

3.2. Расчеты между сторонами осуществляются в российских рублях через кассы Исполнителя наличными деньгами либо в безналичном порядке, в т.ч. с использованием пластиковых карт банковских организаций (при наличии технической возможности). Исполнитель представляет Пациенту документ (контрольно-кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчетности), подтверждающий прием наличных денежных средств.

3.3. Оплата Медицинских услуг осуществляется Пациентом до её оказания в полном объёме в кассу Исполнителя.

### **4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**

4.1. За неисполнение/ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору-оферте, Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ.

4.2. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение либо ненадлежащее исполнение своих обязательств по настоящему Договору-оферте, если оно явилось следствием непреодолимой силы или других форс-мажорных обстоятельств (стихийные бедствия, эпидемии, военные действия, забастовки, принятие компетентными органами решений и т.п.), препятствующих выполнению обязательств по настоящему Договору.

4.3. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора-оферты, причиной которого стало нарушение Пациентом условий настоящего Договора и принятых на себя обязательств; добровольного информированного отказа Пациента от лечения; непредставление пациентом полной и достоверной информации о состоянии здоровья, известных ему аллергических реакциях,

противопоказаниях, а также по иным основаниям, предусмотренным действующим законодательством Российской Федерации.

4.4. С учетом самой технологии выполнения медицинской услуги Пациент должен осознавать вероятность (но не обязательность) вредных (побочных) эффектов медицинского вмешательства и осложнений, что может причинить вред здоровью, о чем Пациент в устной форме информируется специалистом, оказывающим медицинские услуги, до момента ее оказания. В связи с тем, что вышеперечисленные побочные эффекты и осложнения возникают вследствие биологических особенностей организма и используемая технология оказания медицинской помощи не может полностью исключить их вероятность, Исполнитель не несет ответственность за наступление осложнений, если медицинская услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований.

4.5. В случае причинения ущерба имуществу Исполнителя Пациент обязан возместить причиненный ущерб в полном объеме. Основанием для такого взыскания является Акт, составленный комиссией Исполнителя, фиксирующий факт утраты, либо порчи имущества Исполнителя. Основанием для такого взыскания является Акт, составленный комиссией Исполнителя, фиксирующий факт утраты, либо порчи имущества Исполнителя.

4.6. Стороны берут на себя взаимные обязательства по соблюдению режима конфиденциальности в отношении информации, полученной при исполнении настоящего Договора-оферты.

## **5. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ**

5.1. В соответствии с пунктом 2 статьи 437, пунктом 3 статьи 438 ГК РФ акцепт Оферты равносителен заключению Договора на оказание услуг на условиях, изложенных в Оферте; физическое лицо становится Пациентом, а Исполнитель и Пациент совместно — «Сторонами» Договора. Акцепт физическим лицом Оферты свидетельствует о выборе Пациентом медицинского учреждения и врача, согласии Пациента с настоящим Договором-офертой и его приложениями в полном объеме и без исключений. Акцепт равносителен заключению договора на оказание платных медицинских услуг.

5.2. Настоящий Договор может быть прекращен в одностороннем порядке в случае невыполнения одной из Сторон обязательств по настоящему Договору-оферте, а также в случаях, предусмотренных настоящим Договором и действующим законодательством.

5.3. Пациент имеет право, письменно уведомив Исполнителя, расторгнуть в одностороннем порядке Договор в любое время, оплатив по Прейскуранту стоимость оказанных услуг (фактически понесенных расходов).

5.4. Полным и безоговорочным акцептом настоящей публичной оферты является осуществление Пациентом первой оплаты предложенных Исполнителем медицинских услуг в порядке, определенном в разделе 3 настоящего предложения (ст. 438 ГК РФ).

5.5. Акцепт оферты означает, что Пациент согласен со всеми положениями настоящего предложения, и равносителен заключению договора об оказании медицинских услуг.

5.6. Акцепт настоящей Оферты означает в том числе предоставление Заказчиком/Пациентом согласия на обработку персональных данных и передачу сведений, составляющих врачебную

тайну, а также Информированного добровольного согласия на виды медицинских вмешательств, в том числе включенные в Перечень определённых видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи.

5.7. Договор считается заключенным в письменной форме на основании положений п. 3 ст. 434, п. 3 ст. 438 ГК РФ (письменная форма договора считается соблюденной, если письменное предложение заключить договор принято путем акцепта, совершенного конклюдентными действиями). Договор заключается в каждом случае обращения Заказчика за Услугами.

## **6. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ.**

6.1. В целях исполнения настоящего Договора публичной оферты (предложения) в соответствии с пунктом 5 статьи 6, а также статьями 9, 10 Федерального закона от 27.07.06 г. “О персональных данных” № 152-ФЗ, на период действия настоящего Договора Пациент предоставляет Исполнителю свои персональные данные (в том числе фамилия, имя, отчество, дата рождения, данные документа, удостоверяющего личность, адрес регистрации и адрес проживания, контактные данные и прочее) и дает свое согласие на обработку персоналом Исполнителя своих персональных данных, а также специальных персональных данных, касающихся состояния здоровья Пациента, в целях получения услуг, оказываемых Исполнителем. Указанное согласие предоставляется на осуществление любых действий в отношении персональных данных Пациента, которые необходимы для достижения вышеуказанных целей, включая без ограничения: сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передача), обезличивание, блокирование, уничтожение, а также осуществление любых иных действий с персональными данными в соответствии с действующим законодательством. Обработка персональных данных осуществляется Исполнителем следующими способами: обработка персональных данных с использованием средств автоматизации, обработка персональных данных без использования средств автоматизации (неавтоматизированная обработка). При обработке персональных данных Исполнителем не ограничен в применении способов их обработки. Пациент выражает согласие, что в случае необходимости в целях исполнения настоящего Договора Исполнитель вправе предоставить персональные данные Пациента третьему лицу (в т.ч. дочерним и зависимым), их агентам и иным уполномоченным ими лицам.

6.2. Стороны принимают взаимные обязательства по сохранению в тайне любой информации, полученной от другой Стороны при исполнении условий настоящего договора.

6.3. Передача информации третьим лицам, либо иное разглашение, особенно, публичное, информации, признанной настоящим договором конфиденциальной, может производиться только после получения письменного согласия второй Стороны или проставления обязательной галочки на боковой форме сайта с текстом «Я, даю свое согласие на: получение, обработку, хранение и передачу третьим лицам своих личных персональных данных, получать рекламную информацию о мероприятиях и/или иных услугах путем SMS сообщения, E-mail письма, телефонного звонка и

др.каналов связи, а также соглашаюсь с условиями Положения о защите персональных данных и Договором публичной оферты».

6.4. Конфиденциальной, согласно настоящему договору, считается информация:

информация о состоянии здоровья Пациента, диагнозе, методах лечения, а также иная информация, полученная во время его обследования и лечения (врачебная тайна); об оплатах услуг, произведенных Пациентом.

6.5. С согласия Пациента или его представителя допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну другим лицам, в том числе должностным лицам, в интересах обследования и лечения Пациента.

6.6. Предоставление информации, содержащейся в медицинских документах Пациента, составляющей врачебную тайну, без согласия Пациента или его представителя допускается в целях обследования и лечения Пациента, не способного из-за своего состояния выразить свою волю и в иных случаях, предусмотренных законодательством РФ.

6.7. Результаты медицинских обследований персоналом Исполнителем по телефону Пациентам не сообщаются.

## 7. РЕКВИЗИТЫ:

ООО «Клиника ИНСАЙТ», 420088, г. Казань, Ак. Губкина 30б

ОГРН 1061686039458, ИНН 1660088194, КПП 166001001

р/счет: 40702810062000001581, к/с: 30101810600000000603, БИК: 049205603

в ПАО Сбербанк отделение «Банк Татарстан» 8610 в г. Казани

Лицензия на осуществление медицинской деятельности

№ ЛО-10-16-01-008356 от 30.09.2020 года г., выданной Министерством

здравоохранения РТ, г. Казань, ул. Островского д.11/6, <http://ins-clinic.ru>

Главный врач \_\_\_\_\_ Тюменев Р.Р.

## Приложения:

Приложение № 1 – Форма заявления о присоединении к публичному Договору-оферте на оказание платных медицинских услуг (для Пациента)

Приложение № 2 – Форма заявления о присоединении к публичному Договору-оферте на оказание платных медицинских услуг (для Заказчик,

*Приложение № 1 Публичному договору- оферте на оказание платных медицинских услуг*

**Заявление о присоединении к публичному Договору-оферте на оказание платных медицинских услуг ООО «Клиника ИНСАЙТ» № \_\_\_\_\_**

г. Казань

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2022 г.

ООО «Клиника ИНСАЙТ» , лицензия на осуществление медицинской деятельности № ЛО-16-01-008356 от 30.09.2020г., выдана Министерством здравоохранения РТ, г. Казань, ул.Островского д.11/6

Я, \_\_\_\_\_ года рождения, паспорт серия: \_\_\_\_\_, номер: \_\_\_\_\_ выданный : \_\_\_\_\_

зарегистрированный(ая) по адресу: \_\_\_\_\_

именуемый в дальнейшем «Пациент», заявляю, что ознакомился(-лась) с условиями Договора-оферты на оказание платных медицинских услуг ООО «Клиника ИНСАЙТ» (далее - «Исполнитель») и выражаю свое согласие с изложенными в нем обязательствами и правами Сторон. Обязуюсь их соблюдать. Подписывая настоящее заявление, я подтверждаю, что мне полностью понятны и разъяснены юридические и иные последствия моего соглашения (акцепта) с предложением (офертой) ООО «Клиника ИНСАЙТ».

Настоящим заявлением я, в соответствии со ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», даю свое согласие на обработку моих персональных данных уполномоченными сотрудниками ООО «Клиника ИНСАЙТ».

Настоящим заявлением я даю свое информированное добровольное согласие на оказание мне медицинских услуг в ООО «Клиника ИНСАЙТ», в т.ч. видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Минздравсоцразвития России от 23.04. 2012 г. № 390н. Я осведомлен о том, что при выявлении у меня какого-либо заболевания и/или моего непосредственного желания получить ту или иную медицинскую услугу ООО «Клиника ИНСАЙТ», лечащий врач, составив план моего обследования и лечения, обязан меня проинформировать обо всех особенностях тех или иных медицинских процедур. Я понимаю, что при проведении диагностических и лечебных процедур (манипуляций) возможно возникновение различных неблагоприятных последствий, возможны факты непреднамеренного причинения вреда моему здоровью. Я проинформирован(а) о возможности отказа от обследования/лечения/госпитализации и обязуюсь подтвердить отказ своей подписью в медицинской документации. Я имел(а) достаточно времени на принятие решения о согласии на проведение мне обследования/лечения. Я извещен(а) о том, что медицинский работник не несет ответственности за причинение вреда моему здоровью в результате нарушения мною правил поведения пациента, техники безопасности, требований медицинского работника при проведении медицинской процедуры (манипуляции), несоблюдении назначений/рекомендаций врача, лечебно-охранительного режима, гигиены, непредставления мною полной и достоверной информации о состоянии моего здоровья.

Я обязуюсь: Неукоснительно соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период временной нетрудоспособности, назначения/рекомендации врача, правила поведения пациента в медицинском учреждении. В целях назначения объективного лечения и получения лучших результатов поставить врача (врачей) в известность об имевшихся ранее проблемах со здоровьем, травмах, оперативных вмешательствах и фактах переливания крови, перенесенных ранее и известных мне заболеваниях (в т.ч. гепатиты, СПИД/ВИЧ, сифилис, другие венерические заболевания, бронхиальная астма, заболевания сердечно-сосудистой системы, сахарный диабет, туберкулёз и т.д.), не скрывать и представить лечащему врачу (врачам) достоверную и полную информацию о состоянии своего здоровья, в том числе: об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных средств, иных реакциях организма, принимаемых лекарственных препаратах и др.

Я осведомлен(а) о том, что мне необходимо регулярно и добросовестно принимать назначенные врачом препараты, получать другие назначенные мне методы лечения, немедленно сообщать лечащему врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых, не



прописанных лекарств (напр., витаминные комплексы, БАДы, гомеопатические и проч. препараты, в т.ч. для лечения простуды, гриппа, головной боли и др.).

Я осведомлен(а) и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение лечебно-охранительного режима, отказ от госпитализации, назначений/рекомендаций медицинских работников учреждения, режима приема препаратов, бесконтрольное самолечение, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья. Выражаю свое согласие на весь период обслуживания в учреждении на проведение необходимых и назначенных врачом лечебно-диагностических мероприятий и манипуляций в соответствии с планом моего лечения согласно моим заказам.

Я подтверждаю, что настоящий Акцепт мной прочитан, мне понятно содержание и назначение данного документа и я выражаю согласие со всеми его пунктами. Я своей подписью удостоверяю, что текст Договора-оферты мною прочитан, я ознакомлен(а) с правилами внутреннего распорядка учреждения, необходимой и исчерпывающей информацией о видах оказываемых мед.учреждением медицинских услуг в соответствии с имеющейся лицензией, иной достоверной информацией, обеспечивающей возможность их правильного выбора.

Подпись Пациента: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /Дата: \_\_\_\_\_ г

Сотрудник Исполнителя \_\_\_\_\_

### ***Приложение № 2 Публичному договору- оферте на оказание платных медицинских услуг***

**Заявление о присоединении к публичному Договору-оферте на оказание платных медицинских услуг ООО «Клиника ИНСАЙТ» № \_\_\_\_\_**

г. Казань « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2022г.

ООО «Клиники ИНСАЙТ» , г. Казань, Лицензия на осуществление медицинской деятельности № ЛО-10-16-01-008356 от 30.09.2020, выдана Министерством здравоохранения Республики Татарстан

Плательщик по Договору: \_\_\_\_\_ года рождения, паспорт серия: \_\_\_\_\_, номер: \_\_\_\_\_, выданный (кем,когда): \_\_\_\_\_ зарегистрированный(ая) по адресу: \_\_\_\_\_

Пациент \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_ договору: Я, \_\_\_\_\_ года рождения,

паспорт серия: \_\_\_\_\_, номер: \_\_\_\_\_, выданный (кем, когда): \_\_\_\_\_, зарегистрированный(ая) по адресу \_\_\_\_\_

заявляют, что ознакомились с условиями Договора-оферты на оказание платных медицинских услуг ООО «Клиники ИНСАЙТ» (далее: «Исполнитель») и выражают свое согласие с изложенными в нем обязательствами и правами Сторон. Обязуются их соблюдать. Подписывая настоящее заявление, вышеуказанные лица подтверждают, что мне полностью понятны и разъяснены юридические и иные последствия моего соглашения (акцепта) с предложением (офертой) ООО «Клиники Инсайт». Настоящим заявлением Плательщик и Пациент, в соответствии со ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», дают свое согласие на обработку моих персональных данных уполномоченными сотрудниками ООО «Клиники ИНСАЙТ».

Настоящим заявлением я \_\_\_\_\_ (ФИО Пациента) даю свое информированное добровольное согласие на оказание мне медицинских услуг в ООО «Клиника ИНСАЙТ», в т.ч. видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Минздравсоцразвития России от 23.04. 2012 г. № 390н. Я осведомлен о том, что при выявлении у меня какого-либо заболевания и/или моего непосредственного желания получить ту или иную медицинскую услугу ООО «Клиника ИНСАЙТ», лечащий врач, составив план моего обследования и лечения, обязан меня проинформировать обо всех особенностях тех или иных медицинских процедур. Я понимаю, что при проведении диагностических и лечебных процедур (манипуляций) возможно возникновение различных неблагоприятных последствий, возможны факты непреднамеренного причинения вреда моему здоровью. Я осведомлен, что предложенная врачом тактика лечения может предполагать использование лекарственных препаратов. В целях обеспечения непрерывности моего лечения, я уполномочиваю лечащего врача выполнять все необходимые медицинские процедуры или дополнительные вмешательства, которые могут потребоваться для моего выздоровления и/или выполнения Исполнителем своих обязательств в рамках Договора-оферты, а также в связи с возникновением непредвиденных ситуаций. Я имел(а) достаточно времени на принятие решения о согласии на проведение мне обследования/лечения. Я извещен(а) о том, что медицинский работник не несет ответственности за причинение вреда моему здоровью в результате нарушения мною правил поведения пациента, техники безопасности, требований медицинского работника при проведении медицинской процедуры(манипуляции), несоблюдении назначений/рекомендаций врача, лечебно-охранительного режима, гигиены, непредставления мною полной и достоверной информации о состоянии моего здоровья. Я \_\_\_\_\_ (ФИО Пациента) обязуюсь:

Неукоснительно соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период временной нетрудоспособности, назначения/рекомендации врача, правила поведения пациента в медицинском учреждении. В целях назначения объективного лечения и получения лучших результатов поставить

врача (врачей) в известность об имевшихся ранее проблемах со здоровьем, травмах, оперативных вмешательствах и фактах переливания крови, перенесенных ранее и известных мне заболеваниях (гепатиты, СПИД/ВИЧ, сифилис, другие венерические заболевания, бронхиальная астма, заболевания сердечно-сосудистой системы, сахарный диабет, туберкулез и т.д.), не скрывать и представить лечащему врачу (врачам) достоверную и полную информацию о состоянии своего здоровья, в том числе: об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных средств, иных реакциях организма, принимаемых лекарственных препаратах, биологически активных добавках и иных средствах, способных влиять на результаты диагностики и лечения пациента, сообщать правдивые сведения о своей наследственности, о злоупотреблении алкоголем, наркотическими средствами, психотропными или токсическими веществами, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня во время жизнедеятельности, об одновременном лечении у других специалистов и выполнении их рекомендаций, иных факторах и обстоятельствах, имеющих значение для объективной диагностики, адекватного и эффективного лечения.

Я осведомлен(а) о том, что мне необходимо регулярно и добросовестно принимать назначенные врачом препараты, получать другие назначенные мне методы лечения, немедленно сообщать лечащему врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых, не прописанных лекарств (напр., витаминные комплексы, БАДы, гомеопатические и проч. препараты, в т.ч. для лечения простуды, гриппа, головной боли и др.). Выражаю свое согласие на весь период обслуживания в учреждении на проведение необходимых и назначенных врачом лечебно-диагностических мероприятий и манипуляций в соответствии с планом моего лечения согласно моим заказам. Мы подтверждаем, что настоящий Акцепт нами прочитан, его содержание и назначение понятно и выражаем согласие со всеми его пунктами. Мы своей подписью удостоверяем, что текст Договора-оферты нами прочитан, мы ознакомлены с правилами внутреннего распорядка учреждения, необходимой и исчерпывающей информацией о видах оказываемых Исполнителем медицинских услуг в соответствии с имеющейся лицензией, иной достоверной информацией, обеспечивающей возможность их правильного выбора.

Подпись Плательщика: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

Подпись Пациента: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_ г.

Сотрудник Исполнителя \_\_\_\_\_