Договор № _____
на оказание платных медицинских услуг

г. Казань «___»_____ 2023 г.

Общество с ограниченной ответственностью «Лечебно-реабилитационный центр «Клиника ИН-САЙТ» , именуемое в дальнейшем «Исполнитель», адрес места нахождения: 420083, Татарстан Респ, Казань г, Ясеневая ул, здание 64, ОГРН 1061686039458, дата регистрации 17.03.2006, регистрирующий орган Межрайонная инспекция ФНС России № 18 по Республике Татарстан, в лице главного врача Тюменева Руслана Ринатовича с одной стороны, и гр. _____

фамилия, имя, отчество, адрес места жительства и телефон потребителя (законного представителя потребителя)

именуемый(ая) в дальнейшем «Потребитель», с другой стороны, при совместном наименовании «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1. На основании лицензии на осуществление медицинской деятельности № ЛО 16-01-008356 от 30.09.2020, выданной Министерством здравоохранения Республики Татарстан, находящимся по адресу: 420111, г. Казань, ул. Островского, д. 11/6, телефон (843) 231-79-98, в соответствии с перечнем лицензированных работ (услуг), указанных в Приложении 1 к настоящему Договору, на основании медицинских показаний и желания Потребителя Исполнитель в соответствии с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 04.10.2012 № 1006, предоставляет, а Потребитель оплачивает медицинские услуги.

2. Условия и сроки предоставления платных медицинских услуг

2.1. Платные медицинские услуги оказываются на основе добровольного волеизъявления Потребителя приобрести медицинскую услугу на возмездной основе. Предоставляемые Исполнителем медицинские услуги соответствуют критериям качества медицинской помощи, установленных законодательством.

2.2. Платные медицинские услуги могут предоставляться в полном объеме стандарта медицинской помощи, утвержденного Министерством здравоохранения Российской Федерации, либо по просьбе Потребителя в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

2.3. Платные медицинские услуги по настоящему Договору предоставляются при наличии информированного добровольного согласия Потребителя (законного представителя Потребителя), данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан.

2.4. Перечень платных медицинских услуг, предоставляемых Потребителю в соответствии с настоящим Договором, стоимость платных медицинских услуг определяется в Приложении 2, которое является неотъемлемой частью настоящего Договора.

2.5. При заключении договора Потребителю предоставлена в доступной форме информация о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

2.6. Подписав настоящий Договор, Потребитель подтверждает, что он добровольно согласился на оказание ему медицинских услуг на платной основе.

2.7. По требованию Потребителя Исполнитель обязан составить смету на предоставление платных медицинских услуг.

2.8 Срок начала оказания медицинских услуг определяется датой и временем обращения Потребителя к Исполнителю, либо днем, который Потребитель установит, как дату своего прихода на прием (запись по телефону) после подписания настоящего договора.

2.9. Срок оказания медицинских услуг целиком зависит от тяжести заболевания, индивидуальных особенностей состояния здоровья Пациента и соблюдения Пациентом рекомендаций лечащего врача и своевременности его посещения, по причине чего не могут быть точно заранее определены.

2.10. Медицинские услуги считаются оказанными после подписания Акта сдачи-приемки оказанных Услуг (Приложение 4 к договору).

2.11. При заключении договора Потребителю предоставлена в доступной форме информация о платных медицинских услугах, содержащая следующие сведения:

а) порядки оказания медицинской помощи, стандарты медицинской помощи, клинические рекомендации, применяемые при предоставлении платных медицинских услуг;

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

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

г) другие сведения, относящиеся к предмету договора.

2.12. До заключения договора Исполнитель в письменной форме уведомляет Потребителя 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.

2.13. Потребитель незамедлительно ставит в известность Исполнителя о любых изменениях самочувствия и состояния своего здоровья, а также других обстоятельствах, которые могут повлиять на результаты оказываемых медицинских услуг. В случае невыполнения данного условия Исполнитель не несет ответственности за ухудшение качества оказываемой услуги или состояния здоровья Потребителя, вызванной несовместимостью лечения с изменениями здоровья, о которых Исполнитель не был извещен.

3. Стоимость платных медицинских услуг, сроки и порядок их оплаты

3.1. Стоимость платных медицинских услуг, оказываемых Потребителю согласно п. 2.4. настоящего Договора, определяется в соответствии с действующим Перечнем платных медицинских услуг, предоставляемых Обществом с ограниченной ответственностью «Здоровье семьи», действующем на момент заключения настоящего Договора, остается неизменной в течение всего срока действия настоящего Договора. Действующий прейскурант на медицинские услуги размещен на информационном стенде Исполнителя и на сайте http://ins-clinic.ru.

3.2. При возникновении необходимости оказания дополнительных медицинских услуг по результатам обследования и лечения, стоимость услуг может быть изменена Исполнителем с согласия Потребителя с учетом уточненного диагноза, путем подписания дополнительного соглашения, которое является неотъемлемой частью настоящего Договора (Приложение 3 к договору). Без согласия Потребителя, Исполнитель не имеет права предоставлять дополнительные платные медицинские услуги по настоящему Договору.

3.3. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни потребителя при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

3.4 Стоимость медицинских услуг, согласованных Сторонами в Плане лечения не включает стоимость лечения скрытых патологий, которые могут быть обнаружены в процессе лечения по согласованному Сторонами плану лечения. Точная стоимость в таких случаях определяется после окончательного завершения лечения.

3.5. Оплата медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется Потребителем при заключении договора до начала оказания услуг Исполнителем (предварительная оплата) в размере 100% стоимости услуги.

3.6. Оплата осуществляется наличными денежными средствами в кассе Исполнителя, либо путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя. Потребителю после оплаты медицинских услуг выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставляемых медицинских услуг, установленного образца.

3.7. В случае оказания медицинских услуг по программе ДМС Потребитель оплачивает фактически оказанные ему медицинские услуги, не входящие в предусмотренную программой ДМС, самостоятельно в соответствии с условиями настоящего договора.

3.8. Датой оплаты денежных средств считается день зачисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя или день внесения денежных средств в кассу Исполнителя.

4. Права и обязанности Исполнителя

4.1. Исполнитель имеет право:

Требовать от Потребителя выполнения всех предписаний, рекомендаций и условий, обеспечивающих своевременное, эффективное и качественное предоставление услуги в процессе ее оказания и после ее завершения (режим, диета, ограничение нагрузок, отказ от курения и употребления спиртных напитков и др.).

Получать от Потребителя письменное информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, а также согласие пациента на обработку персональных данных, включая биометрические персональные данные.

В случае возникновения неотложных состояний, самостоятельно по жизненным показаниям, определять объем диагностических исследований, манипуляций, медицинских вмешательств, необходимых для уточнения диагноза и оказания медицинской помощи, в том числе и не предусмотренных договором.

В лице лечащего врача, непосредственно оказывающего медицинскую услугу, осуществлять выбор тактики и методики лечения, метода анестезиологического пособия, подбор материалов и медикаментов, определять количество выполняемых рентгенографических снимков, проведение других диагностических, профилактических и лечебных мероприятий, предусмотренных соответствующими стандартами медицинской помощи, клиническим рекомендациями, при условии необходимости их осуществления.

Отказать в предоставлении медицинской услуги, а равно в продолжении оказания медицинской услуги с обязательной фиксацией факта отказа в лечении (в продолжении лечения) и причин такого отказа в медицинской документации в случае выявления у Потребителя временных (сроком не более 30 дней) медицинских противопоказаний или состояния здоровья, ограничивающее или делающее невозможным предоставление медицинских услуг.

Отказ от продолжения лечения возможен только при формулировании врачебных рекомендаций по дальнейшему лечению и не допускается при наличии у Потребителя острого состояния, требующего неотложной помощи.

В одностороннем порядке расторгнуть договор при наличии одного из следующих оснований:

– грубое нарушение Потребителем условий настоящего договора. При этом критерий «грубого нарушения» является исключительной компетенцией Исполнителя;

– несоблюдение Потребителем требований и рекомендаций лечащего врача в период лечения, исключающем возможность предоставления медицинских услуг в соответствии с обязанностями Исполнителя по договору;

– несвоевременная оплата ранее оказанных платных медицинских услуг;

– неявка в течение более 30 дней от назначенной лечащим врачом даты;

– в случае если медицинские противопоказания или состояние здоровья, ограничивающее предоставление медицинских услуг или делающих его невозможным, выявленные у Потребителя носят хронический или длящийся характер (более 8 месяцев).

В рамках предоставления платных медицинских услуг назначать пациенту решением врачебной комиссии, при наличии медицинских показаний, лекарственные препараты, не входящие в соответствующий стандарт медицинской помощи.

4.2. Исполнитель обязан:

Оказать Потребителю платные медицинские услуги в соответствии с Перечнем платных медицинских услуг, предоставляемых Потребителю в соответствии с настоящим Договором, указанным в Приложении 2.

Предоставить Потребителю в доступной форме:

– сведения о лицензии на осуществление медицинской деятельности (номер и дата регистрации, перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензией, наименование, адрес места нахождения и телефон выдавшего ее лицензирующего органа);

– перечень платных медицинских услуг с указанием цен в рублях, сведения об условиях, порядке, форме предоставления медицинских услуг и порядке их оплаты;

– сведения о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации;

– режим работы медицинской организации, график работы медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг.

В соответствии с законодательством Российской Федерации выдать документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг (контрольно-кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчетности (документ установленного образца)).

После исполнения договора выдать Потребителю (законному представителю потребителя) медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг.

Предоставлять дополнительные платные медицинские услуги путем подписания дополнительного соглашения, которое является неотъемлемой частью настоящего Договора. Без согласия Потребителя Исполнитель не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе.

При оказании платных медицинских услуг соблюдать установленные законодательством Российской Федерации требования к оформлению и ведению медицинской документации, учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их представления.

Использовать методы диагностики, профилактики и лечения, разрешенные на территории Российской Федерации с соблюдением предъявляемых к ним требований.

Обеспечить режим конфиденциальности и врачебной тайны в соответствии с действующим законодательством.

В соответствии с законодательством об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности выдать Потребителю листок нетрудоспособности.

5. Права и обязанности Потребителя

5.1. Потребитель имеет право:

Обращаться за предоставлением сведений о наличии лицензии и информации о медицинской услуге, информации о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу.

Отказаться от получения услуги в письменной форме, и в любое время в период действия Договора, при этом Потребителю возвращаются денежные средства за вычетом стоимости фактических оказанных услуг.

На письменное информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и отказ от медицинского вмешательства.

На облегчение боли, связанной с заболеванием или медицинским вмешательством.

На уважительное и гуманное отношение со стороны медицинского персонала Исполнителя.

На сохранение в тайне информации о своем здоровье и факте обращения к медицинскому работнику.

На выбор лиц, которым в интересах пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья.

На ознакомление с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья.

5.2. Потребитель обязан:

Прибыть для получения услуги в назначенное Исполнителем время. При невозможности явиться на консультацию, процедуру или осмотр предупредить Исполнителя лично или посредством любого вида связи не позднее, чем за одни сутки до начала консультации (процедуры, осмотра) в часы работы Исполнителя. При необходимости со стороны Потребителя временной приостановки лечения более чем на семь дней уведомить Исполнителя в форме, позволяющей объективно установить факт отправки уведомления и факт получения уведомления Исполнителем.

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 том числе об аллергических реакциях на лекарственные средства, о заболеваниях и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения.

Точно выполнять все предписания, назначения и рекомендации медицинского персонала Исполнителя. По окончании лечения являться для контрольных осмотров по графику, согласованному с лечащим врачом.

Ставить в известность врачей Исполнителя о любых изменениях самочувствия и состояния здоровья, а также других обстоятельствах, которые могут повлиять на результаты оказываемых услуг.

Оплатить предоставленные Исполнителем медицинские услуги, указанные в Приложении № 2, в порядке, предусмотренном настоящим Договором.

Осуществлять прием всех препаратов и процедур, рекомендованных лечащим врачом Исполнителя, и после выписки на амбулаторное долечивание.

Проводить начатое лечение только у Исполнителя, не обращаясь параллельно в другие медицинские

учреждения, за исключением возникновения у пациента острого состояния, требующего неотложной помощи и Пациент не имеет объективной возможности обратиться за такой помощью к Исполнителю. В противном случае претензии по поводу начатого лечения удовлетворению не подлежат.

Неукоснительно соблюдать Правила внутреннего распорядка Исполнителя в течение всего периода пребывания в нем.

Возместить материальный ущерб, в случае порчи им имущества Исполнителя.

6. Ответственность сторон.

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

6.2. Все возникшие разногласия стороны будут стремиться разрешить путем переговоров.

6.3. Претензионный порядок досудебного урегулирования спора является обязательным. Претензия предъявляется в письменном виде и рассматривается Исполнителем в течение 20 (Двадцати) дней с момента ее получения.

6.4. Исполнитель освобождается от ответственности за наступление осложнений, возникновение побочных результатов, ухудшение первоначально достигнутого результата в случаях:

отказа Потребителя от дополнительных обследований, объективно необходимых для назначения и проведения адекватного лечения и профилактики нежелательных возможных осложнений;

невыполнения или ненадлежащего выполнения Потребителем назначений и рекомендаций лечащего врача и специалистов Исполнителя, в том числе дома;

отказа Потребителя от необходимого курса лечения или самовольного прерывания проводимого курса лечения;

наличия у Потребителя медицинских противопоказаний или состояние здоровья, ограничивающее предоставление медицинских услуг или делающих его невозможным, скрытых Потребителем (а равно впервые выявленных в процессе лечения) и, вследствие этого, неучтённых лечащим врачом при назначении лечения;

наличия у Потребителя индивидуальной непереносимости и (или) патологической токсической реакции на медикаментозные средства и (или) медицинские изделия, выявленных в процессе оказания медицинской услуги.

Кроме того, Исполнитель освобождается от ответственности за наступление осложнений, не связанных с нарушением Исполнителем методик диагностики, профилактики и лечения, произведённых в другой медицинской организации или самим Потребителем.

6.5. 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.

6.6. Стороны освобождаются от ответственности за исполнение обязательств в случае форс-мажорных обстоятельств.

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.

7.2. Договор может быть расторгнут:

по инициативе Потребителя на любом этапе плана лечения в случае отказа Потребителя от дальнейшего получения платных медицинских услуг при условии оплаты Исполнителю фактически оказанных медицинских услуг и понесенных расходов;

по инициативе Исполнителя по основаниям, указанным в 4.1.;

в иных случаях в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

7.3. При расторжении Договора по любому из оснований Стороны подписывают Соглашение о расторжении Договора.

7.4. Любые изменения настоящего Договора возможны только по соглашению Сторон.

8. Заключительные положения

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

8.2. Договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами и действует в течение всего срока оказания медицинской помощи Потребителю у Исполнителя.

8.3. В соответствии с ч. 1 ст. 26 Гражданского кодекса Российской Федерации на заключение договора на оказание платных медицинских услуг для несовершеннолетнего лица в возрасте от 14 до 18 лет обязательно письменное согласие законного представителя несовершеннолетнего лица. Указанное согласие законного представителя является неотъемлемой частью Договора на оказание платных медицинских услуг, заключаемого с несовершеннолетним лицом в возрасте от 14 до 18 лет. Документами, удостоверяющими положение законного представителя могут быть: свидетельство о рождении ребенка; паспорта родителей; удостоверение опекуна; свидетельство об усыновлении ребенка или копия решения суда об усыновлении; решение органа опеки об установлении опеки или попечительства.

9. Юридические адреса и банковские реквизиты Сторон

Исполнитель	**Потребитель** **(законный представитель потребителя)**
ООО «ЛРЦ Клиника ИНСАЙТ»	Ф.И.О.
Адрес юридического лица: 420083, Татарстан Респ, Казань г, Ясеневая ул, здание 64	Паспорт: Серия № Выдан
ИНН/КПП 1660088194/ 166045001	
Банковские реквизиты: ПАО Сбербанк отделение «Банк Татарстан» 8610 в г. Казани	Адрес места жительства:
Р/с № 40702810062000001581	
К/с № 30101810600000000603 БИК 049205603	Телефон
Главный врач Р.Р. Тюменев	Подпись
м.п.	

Приложение 1

Согласие пациента на обработку персональных данных
***в* ООО «ЛРЦ Клиника ИНСАЙТ»**

Я,_____(фамилия, имя, отчество), проживающий по адресу _____, паспорт серия _____№ _____ дата выдачи_____ название выдавшего органа _____ , номер мобильного телефона_____ в соответствии с требованиями ст. 9 ФЗ от 27.07.2006 г. «О персональных данных» №152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку в Обществе с ограниченной ответственностью «Клиника ИНСАЙТ» (далее – Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество (последнее - при наличии); пол; дата рождения; место рождения; гражданство; данные документа, удостоверяющего личность; место жительства; место регистрации; дата регистрации; страховой номер индивидуального лицевого счета (при наличии), принятый в соответствии с законодательством Российской Федерации об индивидуальном (персонифицированном) учете в системе обязательного пенсионного страхования; номер полиса обязательного медицинского страхования застрахованного лица (при наличии); анамнез; диагноз; сведения об организации, осуществляющей медицинскую деятельность; вид оказанной медицинской помощи; условия оказания медицинской помощи; сроки оказания медицинской помощи; объем оказанной медицинской помощи, включая сведения об оказанных медицинских услугах; результат обращения за медицинской помощью; серия и номер выданного листка нетрудоспособности (при наличии); сведения о проведенных медицинских экспертизах, медицинских осмотрах и медицинских освидетельствованиях и их результаты; примененные стандарты медицинской помощи; сведения о медицинском работнике или медицинских работниках, оказавших медицинскую помощь, проводивших медицинские экспертизы, медицинские осмотры и медицинские освидетельствования, а также биометрические персональные данные, – 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 единую государственную информационную систему в сфере здравоохранения, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС (договором ДМС). Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе ОМС (по договору ДМС) на обмен (прием и передачу) моими персональными данными с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляется лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну. Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов. Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной 1 мая 2022 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 в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Пациент _____ _____

подпись расшифровка подписи

Информированное добровольное согласие
на медицинское вмешательство в рамках специальности психиатрия -наркология

Я, _____
фамилия, имя, отчество
_____года рождения проживающий(ая) по адресу:_____
_____
_____

Этот раздел бланка заполняется на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан: Я,_____ паспорт: _____ выдан: _____являюсь законным представителем ребенка или лица, признанного недееспособным: _____.
Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина, год рождения

находясь на лечении (обследовании) в ООО « ЛРЦ Клиника ИНСАЙТ» добровольно даю свое согласие на оказание мне (представляемому) медицинских услуг в рамках специальности психиатрия-наркологии:
сбор жалоб и анамнеза (объективный и субъективный) в психиатрии-наркологии, визуальное исследование в психиатрии-наркологии, пальпация в психиатрии-наркологии, сбор психологического анамнеза и жалоб, психопатологическое обследование, клинико-психологическое психодиагностическое обследование, клинико-психологическая терапия средой, клинико-психологическое нейропсихологическое обследование, специализированное нейропсихологическое обследование, исследование уровня психоактивных веществ в крови, определение наличия психоактивных веществ в слюне, определение наличия психоактивных веществ в слюне с помощью тест-полоски, проведение реакции Вассермана (RW), определение антител классов M, G (IgM, IgG) к вирусному гепатиту C (Hepatts C virus) в крови, определение антигена к вирусу гепатита B (HBsAg Hepatitis B virus) в крови, определение антител классов M, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1 (Human immunodefciency virus HIV1) в крови, общий (клинический) анализ крови, анализ крови биохимический общетерапевтический, анализ мочи общий, ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное), эхоэнцефалография, расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных, регистрация электрокардиограммы, электроэнцефалография, флюорография легких, клинико-психологическое консультирование, индивидуальное клинико-психологическое консультирование, групповое клинико-психологическое консультирование, семейное клинико-психологическое консультирование, клинико-психологическая коррекция, индивидуальная клинико-психологическая коррекция, групповая клинико-психологическая коррекция, психотерапия, индивидуальная психотерапия, групповая психотерапия, экспертное консультирование, процедуры по адаптации к условиям микросреды, процедуры по адаптации к условиям макросреды, оценка поведения больного с психическими расстройствами, гипнотерапия, арттерапия, клинико-психологический тренинг, назначение лекарственных препаратов при заболеваниях психической сферы, назначение диетического питания при заболеваниях психической сферы, назначение лечебно-оздоровительного режима при заболеваниях психической сферы, ежедневный осмотр врачом-психиатром-наркологом с наблюдением и уходом среднего и младшего медицинского персонала в отделении стационара, прием (тестирование, консультация) медицинского психолога первичный, прием (тестирование, консультация) медицинского психолога повторный, комплекс клинико-психологических исследований для оценки факторов риска, и адаптивных ресурсов психики пациента, комплекс клинико-психологических исследований для определения характера нарушения высших психических функций, эмоций, личности, процедуры сестринского ухода при лечении больных с психическими расстройствами и расстройствами поведения, связанными с употреблением психоактивных веществ, процедуры сестринского ухода при лечении алкогольной зависимости, услуги по медицинской реабилитации пациента с психическими расстройствами и расстройствами поведения, связанными с употреблением психоактивных веществ, электрофорез лекарственных препаратов при заболеваниях центральной нервной системы и головного мозга, дарсонвализация местная при заболеваниях центральной нервной системы и головного мозга, электросон
Бесплатная (для госпитализации в стационар),
(наименование медицинской услуги в соответствии с номенклатурой услуг)
а также на проведение фото-видео документирования процесса лечения.

Я соглашаюсь с тем, что мое лечение будет проводить Тюменев Руслан Ринатович. В исключительных случаях (например, болезнь врача) организация может заменить врача, предварительно уведомив меня об этом и получив мое согласие.

Я проинформирован(а) о том, что медицинская помощь оказывается на основе клинических рекомендаций и с учетом стандартов медицинской помощи.

Я проинформирован(а) обо всех возможных альтернативных методах лечения. Я обсудил(а) с лечащим врачом все положительные и отрицательные моменты предложенного мне (представляемому) лечения. Мне понятен план, объем, сроки и цели лечения, возможные осложнения и необходимость возможного дополнительного обследования, консультации врачей иного профиля, изменения плана лечения. Я согласен(а) с предложенным планом лечения.

Я уведомлен(а) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) лечащего врача, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего (представляемого) здоровья.

Я согласен(а) с тем, что ответственность за неудовлетворительный результат в случае невыполнения или неполного выполнения рекомендаций лечащего врача ложится на мне.

Я предупрежден(а) о возможных осложнениях, которые могут возникнуть в процессе лечения.

Я согласен(а) с тем, что лечащий врач оставляет за собой право принятия решения об изменении плана лечения на любом этапе лечения.

Я имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил(а) исчерпывающие ответы на них. Мне предоставлена в доступной форме полная информация о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

Я понимаю, что информированное добровольное согласие на медицинское вме**шательство** является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия.

Я ознакомлен(а) и согласен(а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и меня удовлетворяют.

Я принимаю решение о проведении мне (представляемому) лечения на предложенных условиях.

Лица, которым в моих интересах может быть передана информация о состоянии моего здоровья

_____

Пациент _____ _____ Врач _____ _____

подпись расшифровка подписи подпись расшифровка подписи

«___» _____2023 « ___» _____2023