

## ДОГОВОР ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ № \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г.

г.Москва

«Заказчик» (Потребитель) \_\_\_\_\_,

с одной стороны, и Общество с ограниченной ответственностью Фирма «Конкурент» (далее ООО Фирма «Конкурент»), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице Генерального директора Тимченко А.В., действующей на основании Устава, Лицензия на осуществление медицинской деятельности ЛО-77-01-015432 от 26 декабря 2017, выданная Департаментом здравоохранения г.Москвы (виды работ/услуг):

*При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: медицинскому массажу, сестринскому делу в косметологии, физиотерапии, при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: терапии, при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: гастроэнтерологии, дерматовенерологии, диетологии, косметологии, мануальной терапии, рефлексотерапии, эндокринологии) с другой стороны, заключили договор и нижеследующем:*

### 1. Определения

1.1. 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 договоров, в том числе договоров добровольного медицинского страхования;
- «Потребитель» - физическое лицо, являющееся участником настоящего Договора и получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с условиями Договора. Потребитель, получающий платные медицинские услуги, является пациентом, на которого распространяется действие Федерального закона от 21.11.2011г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
- «Заказчик» - физическое(юридическое) лицо, заказывающее(приобретающее) платные медицинские услуги в соответствии с настоящим Договором в пользу Потребителя;
- «Исполнитель» - медицинская организация (ООО Фирма «Конкурент»), предоставляющая платные медицинские услуги;
- «Медицинская организация» - юридическое лицо, 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, квалификацию и в трудовые (должностные) обязанности которого входит осуществление медицинской деятельности.
- «Прейскурант» - систематизированный перечень платных медицинских услуг с указанием розничных цен в рублях, доводится до потребителя путем размещения на сайте [www.tak.clinic](http://www.tak.clinic) и на информационном стенде Исполнителя.

### 2. Предмет договора

2.1. По настоящему Договору Исполнитель оказывает Заказчику медицинские услуги, указанные в Перечне оказываемых Исполнителем медицинских услуг, являющимся неотъемлемым приложением к настоящему Договору в соответствии с Лицензией, согласно действующему Прейскуранту на платные медицинские услуги, утвержденным в установленном порядке, а Заказчик обязуется оплатить оказанные услуги.

2.1.1. При наличии у Заказчика полиса добровольного медицинского страхования, оплата медицинских услуг осуществляется Заказчиком в соответствии с п.4.3. настоящего договора.

2.1.2. Получателем медицинской услуги в соответствии с настоящим Договором является Потребитель.

2.2. Медицинские услуги предоставляются в соответствии со стандартами медицинской помощи и порядками оказания медицинской помощи, утвержденными в установленном порядке федеральными органами исполнительной власти.

2.2.1. Медицинские услуги предоставляются в следующих объемах:

- в полном объеме стандарта медицинской помощи;
- по просьбе Заказчика в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

2.2.2. Предоставление медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется при наличии Информированного добровольного согласия об объеме и условиях оказываемых платных медицинских услуг и Информированного добровольного согласия на оказание консультационных платных медицинских услуг врача-косметолога, дерматолога, Потребителя( законного представителя Потребителя ), данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан (Приложение №2 и Приложение №3 к настоящему договору).

2.3. Перечень, стоимость и сроки предоставления медицинских услуг, оказываемых Заказчику в соответствии с настоящим Договором, устанавливаются в Перечне оказываемых Исполнителем медицинских услуг, являющимся неотъемлемым приложением к настоящему Договору.

2.4. Заказчик подтверждает, что на момент подписания настоящего Договора Исполнитель:

- ознакомил его с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утв. Постановлением Правительства РФ от «04» октября 2012 г. №1006);
- ознакомил его с действующим в ООО Фирма «Конкурент» Прейскурантом на платные медицинские услуги,
- ознакомил его с Положением об оказании платных медицинских услуг ООО Фирма «Конкурент» ;
- до заключения настоящего Договора уведомил его о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (работающего у него медицинского работника), 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 Пациента.

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

2.6. Сроки предоставления медицинских услуг указываются в перечне оказываемых Исполнителем медицинских услуг, являющимся неотъемлемым приложением к настоящему Договору.

2.6.1. В случае изменения срока оказания медицинских услуг, Стороны подписывают дополнительное соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего Договора.

### 3. Обязанности Сторон и участников Договора.

#### 3.1. Исполнитель обязуется:

3.1.1. Оказать Заказчику платные медицинские услуги в соответствии с Перечнем оказываемых платных медицинских услуг, согласно Приложению №5.

3.1.2. Оказать медицинские услуги качественно, с использованием современных методов диагностики и лечения, в полном объеме в соответствии с настоящим Договором.

3.1.3. Предоставить Потребителю (Заказчику) достоверную, доступную информацию о предоставляемых услугах.

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

3.1.5. Вести всю необходимую медицинскую документацию, в установленном действующим законодательством Российской Федерации порядке (амбулаторную карту и т.д.).

3.1.6. Немедленно извещать Заказчика 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.

3.1.7. По заявлению Заказчика составить План лечения и обследования (Приложение № 5)

### 3.2. Заказчик обязуется:

3.2.1. Оплатить предоставленные Исполнителем медицинские услуги, перечень которых указан в Перечне оказываемых Исполнителем медицинских услуг, являющимся неотъемлемым приложением к настоящему Договору, согласно Прейскуранту и в порядке, определенном разделом 4 настоящего Договора.

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

### 3.3. Потребитель обязуется:

3.3.1. 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.

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

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

3.3.4. При предоставлении медицинских услуг сообщать Исполнителю (медицинскому работнику) о любых изменениях самочувствия.

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

3.3.6. Не осуществлять самостоятельного лечения, согласовывать с Исполнителем (медицинским работником) употребление любых терапевтических препаратов, лекарств, лекарственных трав и т. д.

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

3.3.8. Соблюдать внутренний режим нахождения в ООО Фирма «Конкурент», лечебно-охранительный режим, правила техники безопасности и пожарной безопасности.

## 4. Цена и порядок оплаты услуг

4.1. Стоимость платных медицинских услуг по настоящему Договору определяется по Прейскуранту, действующему у Исполнителя на дату оплаты соответствующей услуги. Действующий Прейскурант размещен на сайте tak.clinic и на информационном стенде Исполнителя. Перечень, стоимость и сроки оказания медицинских услуг, согласовывается с Заказчиком в Перечне оказываемых Исполнителем медицинских услуг, являющимся неотъемлемым приложением к настоящему Договору.

4.2. Оплата медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется заказчиком путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя не позднее дня оказания услуги, либо путем безналичного перечисления денежных средств в форме предварительной оплаты на расчетный счет Исполнителя.

4.3. При наличии у Заказчика полиса добровольного медицинского страхования и направления от Страховщика, обязательства по оплате лечения Заказчика Застрахованного возлагаются на Страховщика в объеме страхового покрытия, указанного в страховке Заказчика Застрахованного (денежного лимита и перечня страховых случаев).

## 5. Ответственность Сторон

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

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

5.3. Исполнитель не несет ответственности за оказание медицинских услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим Договором, в случаях предоставления Потребителем неполной и (или) недостоверной информации о своем здоровье.

5.4. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора, если докажет, что причиной такого неисполнения (ненадлежащего исполнения) стало нарушение Потребителем (Заказчиком) условий настоящего Договора.

## 6. Порядок изменения и расторжения Договора

6.1. 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 подписаны надлежащими полномоченными представителями Сторон.

6.2. Настоящий Договор расторгается в случае отказа Потребителя (Заказчика) после заключения настоящего Договора от получения медицинских услуг. Отказ Потребителя (Заказчика) от получения медицинских услуг по настоящему Договору оформляется в письменной форме и направляется Исполнителю. Исполнитель информирует Заказчика о расторжении настоящего Договора по инициативе Потребителя, при этом Заказчик оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по настоящему Договору.

## 7. Заключительные положения

7.1. Настоящий Договор заключается в 2-х экземплярах, один из которых находится у Исполнителя, второй у Заказчика (Потребителя).

7.2. Настоящий Договор вступает в силу с момента подписания Сторонами и действует до момента исполнения обязательств.

7.3. Споры и разногласия решаются путем переговоров между Сторонами.

7.4. После исполнения настоящего Договора Исполнителем выдаются Потребителю (законному представителю Потребителя) медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения медицинских услуг.

## 8. Юридические адреса и банковские реквизиты Сторон

### Исполнитель:

ООО Фирма "Конкурент"  
ИНН:7709011559КПП:7709010010  
ГРН:1027739086176ОКПО:17444847  
Расчетный счет:40702810940260365101  
Банк:ПАО РОМСВЯЗЬБАНК"  
БИК:044525555  
Корр. счет:30101810400000000555  
Юридический адрес:105064, гМосква,  
Казенный М. пер, д. 12, стр.2  
тел.:8(499)3402038,8(916)0278808

Генеральный директор  
ООО Фирма "Конкурент"

\_\_\_\_\_/Тимченко А.В./

### Заказчик (потребитель)\Представитель потребителя:

ФИО \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_

Паспорт серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

выдан \_\_\_\_\_

Адрес и место жительства \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Заказчик:

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

### СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, нижеподписавшаяся(-шийся) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О.)

Проживающая(-ий) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (по месту регистрации),

паспорт: серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_

в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.06 г. "О персональных данных" № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку ООО Фирма «Конкурент» (далее — Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактный(е) телефон(ы), реквизиты полиса ДМС (ОМС), 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 договору ДМС (ОМС).

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе по договору ДМС (ОМС) на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховой медицинской организацией и территориальным фондом ОМС 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 осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

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

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

Подтверждаю, что до подписания настоящего согласия я ознакомлен(а) с Положением о защите персональных данных пациентов и работников ООО Фирма «Конкурент».

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 в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по плате оказанной мне до этого медицинской помощи.

В случае отсутствия возможности передачи сведений, содержащих врачебную тайну, даю согласие на передачу сведений своему непосредственному представителю.

Подпись субъекта персональных данных \_\_\_\_\_

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ  
ОБ ОБЪЕМЕ И УСЛОВИЯХ ОКАЗЫВАЕМЫХ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

Я, нижеподписавшаяся(-шийся) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О.)

Проживающая (-щий) \_\_\_\_\_

*(адрес места жительства Заказчика (Потребителя), либо законного представителя)*

в рамках договора даю 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, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее – Перечень): на опрос; осмотр, антропометрические исследования, термометрию, неинвазивные исследования органов слуха и слуховых функций, исследования нервной системы, лабораторные методы исследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические, функциональные методы обследования, в том числе ИКГ, СМАД, СМЭКГ, УЗИ; введение лекарственных препаратов по назначению врача, в т.ч. в/в, в/м, п/к, в/к; медицинский массаж, лечебную физкультуру, для получения первичной медико-санитарной помощи/получение первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (выбрать нужное) в Обществе с ограниченной ответственностью Фирма «Конкурент» медицинским работником

*(должность, Ф.И.О. медицинского работника)*

в доступной для меня форме мне разъяснены и мною осознаны 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. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446).

Также, мне разъяснено и мною осознано следующее:

1. Получив от сотрудников ООО Фирмы «Конкурент» полную информацию о возможности и условиях предоставления мне бесплатных медицинских услуг в других медицинских учреждениях в рамках программ получения бесплатной медицинской помощи, даю свое согласие на оказание мне платных медицинских услуг и готов их оплатить.
2. Мне разъяснено, что я могу получить как один из видов платных медицинских услуг, так и несколько видов услуг.
3. Проводимое лечение мне не гарантирует 100% результата, при оказании медицинских услуг, как в ближайшем, так и в отдаленном периоде, возможны различные осложнения.
4. Я согласен с тем, что используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятности возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований ООО Фирма «Конкурент» не несет ответственности за их возникновение.
5. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей ООО Фирма «Конкурент». Я согласен с тем, что используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, ООО Фирма «Конкурент» не несет ответственности за их возникновение.
6. Мне разъяснено, что я могу получить как один из видов платных медицинских услуг, так и несколько видов услуг.
7. Я подтверждаю, что при подписании настоящего информированного согласия меня письменно уведомили о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинских работников ООО Фирмы «Конкурент», в т.ч. назначенного режим лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на моем состоянии здоровья.
8. Я понимаю необходимость проведения медицинского вмешательства и предупрежден (а) о возможных побочных осложнениях, обусловленных биологическими особенностями организма, о последствиях и связанными с ними риском, включая независимые от соблюдения применяемой технологии (т.е. о непреднамеренном причинении вреда здоровью). В таком случае я согласен (согласна) на то, что ход медицинского вмешательства может быть изменен врачами по их усмотрению.
9. Я поставил (а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в т.ч. об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемых) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, в т.ч. ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитах, туберкулезе, инфекциях, передаваемых половым путем, принимаемых лекарственных средствах. Сообщил (а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.
10. Мне разъяснена возможность проведения медицинского вмешательства на безвозмездной основе в муниципальном лечебно-профилактическом учреждении. Я согласен (а) оплатить услугу, я получил (а) информацию о стоимости медицинского вмешательства, о правилах ее оплаты и документах, подтверждающих этот факт.

11. Мне разъяснено, что когда состояние пациента не позволяет выразить свою волю, а необходимость проведения будет неотложна, вопрос о медицинском вмешательстве, а его виде и тактике проведения, в т.ч. дополнительном вмешательстве, в интересах пациента решает консилиум, а при невозможности собрать консилиум непосредственно лечащий врач.

12. Я имел(а) возможность задать интересующие меня вопросы врачу перед медицинским вмешательством.

Против записи медицинского вмешательства на информационные носители при условии сохранения врачебной тайны

\_\_\_\_\_ возражаю/не возражаю (выбрать нужное)

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (выбрать нужное)

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. Заказчика(Потребителя) или законного представителя)

Я удостоверяю, что текст моего информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения меня удовлетворяют, что подтверждаю своей подписью:

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. Заказчика(Потребителя) или законного представителя)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г.

Подпись субъекта персональных данных \_\_\_\_\_

к Договору № \_\_\_\_\_ от « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ОКАЗАНИЕ  
КОНСУЛЬТАЦИОННЫХ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ ВРАЧА – КОСМЕТОЛОГА, ДЕРМАТОЛОГА**

*Этот документ свидетельствует о том что мне, в соответствии со ст. 19-23 Федерального закона N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», сообщена вся необходимая информация о предстоящих мне медицинских услугах и что я согласен (согласна) с названными мне условиями их проведения. Данный документ является необходимым предварительным условием (разрешением) начала консультативного приема.*

Я, нижеподписавшаяся(-шийся) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О.)

обращаюсь за консультативно-диагностическими медицинскими услугами по **косметологии, дерматологии в ООО Фирма «Конкурент»**. Я подтверждаю, что в анкете анамнеза указал(-а) все имеющиеся у меня заболевания. Я подтверждаю, что добросовестно ответил(-а) на все вопросы врача, не скрыв никакой информации о состоянии моего здоровья. Я соглашаюсь получить подробные объяснения по поводу моего состояния здоровья, имеющихся заболеваний, рекомендуемых методов дополнительной диагностики, коррекции и лечения.

Я даю свое согласие на проведение фото-, видеосъемки для улучшения качества диагностики и анализа хода манипуляций. Мне сообщена информация о том, что я имею возможность задавать все интересующие меня вопросы и получать исчерпывающие ответы на них.

Я внимательно ознакомился(-лась) с документом и понимаю, что он является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия.

Настоящий документ является неотъемлемой частью моей медицинской карты. В случае согласия на проведение в дальнейшем процедур в ООО Фирма «Конкурент», я обязуюсь выполнять все рекомендации, данные мне врачом, о чем письменно своей подписью подтверждаю в бланке «Уведомление о соблюдении рекомендаций».

На указанных условиях и в соответствующем им порядке я понимаю и подтверждаю свое согласие на проведение консультации в ООО Фирма «Конкурент».

Врач: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(Ф.И.О. Заказчика (Потребителя) или законного представителя) (подпись)

Пациент \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(Ф.И.О. Заказчика(Потребителя) или законного представителя) (подпись)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.



Приложение № 5  
к Договору № \_\_\_\_\_ от « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

### ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ И ОБСЛЕДОВАНИЯ

ООО Фирма «Конкурент», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице Генерального директора Тимченко А.В., действующей на основании Устава с одной стороны, и

(адрес места жительства Заказчика (Потребителя), либо законного представителя)

именуемая (-ый) в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны, на основании консультации, проведенной специалистом ООО Фирма «Конкурент»

по причине обращения \_\_\_\_\_

диагноз основного заболевания: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ код по МКБ-10 \_\_\_\_\_

Сопутствующие заболевания, влияющие на назначение: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ код по МКБ-10 \_\_\_\_\_

Составлен и согласован настоящий план лечения и обследования и график посещений:

| № п/п                              | НАИМЕНОВАНИЕ, КРАТНОСТЬ, ИНТЕРВАЛЫ | Дата посещения |
|------------------------------------|------------------------------------|----------------|
| <b>Консультации</b>                |                                    |                |
| 1.                                 |                                    |                |
| <b>Исследования</b>                |                                    |                |
| 1.                                 |                                    |                |
| <b>Услуги</b>                      |                                    |                |
| 1.                                 |                                    |                |
| 2.                                 |                                    |                |
| 3.                                 |                                    |                |
| 4.                                 |                                    |                |
| 5.                                 |                                    |                |
| 6.                                 |                                    |                |
| 7.                                 |                                    |                |
| 8.                                 |                                    |                |
| 9.                                 |                                    |                |
| 10.                                |                                    |                |
| 11.                                |                                    |                |
| 12.                                |                                    |                |
| 13.                                |                                    |                |
| 14.                                |                                    |                |
| <b>Назначение средства терапии</b> |                                    |                |
| 1.                                 |                                    |                |
| 2.                                 |                                    |                |
| 3.                                 |                                    |                |

Заказчик \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
Ф.И.О. \_\_\_\_\_  
Врач \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
Ф.И.О. \_\_\_\_\_  
Исполнитель / \_\_\_\_\_ / Тимченко А.В.