

До заключения настоящего договора я подтверждаю, что ознакомлен в наглядной и доступной форме со следующей информацией.

– о возможности получения соответствующих видов услуг и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках и бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатной помощи;

о Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи Волгоградской области предоставляющей аналогичные услуги по системе ОМС.

– о порядках оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи, применяемые при предоставлении платных сто

– о Правилах предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утв. постановлением Правительства Р

– о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях оказания медицинской помощи;

– о враче-стоматологе, оказывающем стоматологическую услугу, его профессиональном образовании и квалификации;

– о перечне платных медицинских услуг с указанием их стоимости в рублях;

– об условиях, порядке, сроках, форме предоставления медицинских услуг и порядке их оплаты; - порядке сбора, обработки и хранения «СТАТУС-КОСМЕТИКА»;

– о Положении об установлении гарантийного срока и срока службы при оказании стоматологической помощи ООО «СТАТУС-К

– о местонахождении, режиме работы Исполнителя, графике работы медицинских работников, участвующих в предоставлении

– адреса и телефоны органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан, территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека /ФИО, подпись, дата

ДОГОВОР № 2025-10-14/А

на оказание платных косметологических услуг

г. Волгоград

ООО «СТАТУС-КОСМЕТИКА», (ООО «СТАТУС-КОСМЕТИКА»), ОГРН 1023403431699, выдан ИФНС России по Центральному округу на основании лицензии № ЛО-34-01-002515, выданной 19.05.2015 г. на осуществление медицинской деятельности, имеет лице директора Березиной Владлены Олеговны, действующей на основании Устава, с одной стороны, и Гражданин (-ка), _____ именуемый (-ая) в дальнейшем «Пациент», с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

Термины и Определения:

Пациент - физическое лицо, которому оказывается медицинская помощь или которое обратилось за оказанием медицинской помощи при заболевании и от его состояния (п.9. ст.2 в Федеральный закон от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

Потребитель - физическое лицо, имеющее намерение получить либо получающее платные косметологические услуги лично в себе либо получающий платные косметологические услуги, является пациентом, на которого распространяется действие Федерального закона «О защите прав потребителей»;

Заказчик - физическое (юридическое) лицо, имеющее намерение заказать (приобрести) либо заказывающее (приобретающее) платные услуги в пользу потребителя (п.2. Постановления Правительства РФ от 04.10.2012 № 1006 «Об утверждении Правил предоставления платных косметологических услуг»), далее «Правила предоставления платных косметологических услуг».

Для целей настоящего Договора Стороны признают, что Заказчик, Потребитель и Пациент совпадают в одном лице, выше и в дальнейшем

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Пациент поручает, а Исполнитель обязуется оказать платные косметологические услуги.

1.2. Пациент проходит осмотр врача специалиста (получает консультацию), на основании данных которого, стороны согласуют План оказания услуг (Приложение), в котором отражены Перечень, сроки и стоимость косметологических услуг, в соответствии с п.19 Приложения. Объем оказываемых услуг определяется общим состоянием здоровья Пациента, медицинскими показаниями, желанием Пациента и возможностями Исполнителя.

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН И УСЛОВИЯ ИХ РЕАЛИЗАЦИИ

2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1. Оказывать косметологические услуги в соответствии с планом лечения, составленным лечащим врачом, с применением импортного оборудования на основании стандартов оказания помощи и клинических рекомендаций.

2.1.2. Согласовать с Пациентом: объем, сроки и план оказания, косметологические услуги.

2.1.3. Предоставить Пациенту необходимую информацию о сущности применяемых методик, составе и характере используемых медикаментов

2.1.4. Поставить в известность Пациента о возникающих в ходе лечения обстоятельствах (о выявленных анатомических и физиологических особенностях в характере течения заболевания и выявленных особенностях повреждений систем и органов), которые могут привести к возможным осложнениям при лечении и отразить их в медицинской карте Пациента.

2.2. Исполнитель имеет право:

2.2.1. Самостоятельно решать вопросы, связанные с технологией лечения, подбором медикаментов и материалов, и проведением процедур, которые Исполнитель сочтет нужным для планирования и осуществления лечения Пациента, о чем он информирует Пациента в соответствии с

2.2.2. Самостоятельно определять график консультаций и лечебно-диагностических мероприятий. Отсрочить или отменить лечебные процедуры: в случае обнаружения у Пациента противопоказаний, как местных, так и по общему состоянию организма; по причине болевых синдромов или несогласованного отключения систем электричества, отопления и водоснабжения Исполнителя.

2.2.3. Привлекать для оказания услуги по настоящему Договору специалистов, не являющихся сотрудниками Исполнителя; психологов, не являющихся сотрудниками Исполнителя, несёт Исполнитель. Заменить лечащего врача по личной просьбе Пациента (болезнь, отпуск лечащего врача, психологическая несовместимость и другие).

2.2.4. При необходимости, внести обоснованные изменения в согласованный план лечения. При изменении клинической ситуации, из-за срочности лечения, а в случае несогласия Пациента с предложенными изменениями прервать лечение и расторгнуть договор.

2.2.5. Не предоставлять услуги, которые не входят в план лечения, составленный лечащим врачом и согласованный с Пациентом.

2.2.6. Запрашивать у Пациента получения сведений и предоставления документов (в случае предыдущего лечения в других лечебных учреждениях).

2.2.7. Отказать в приеме (или переназначить) Пациента в случае:

- если состояние здоровья Пациента не позволяет выполнить назначенное лечение; в том числе, если по медицинским показаниям наркотического или токсического опьянения не позволит выполнить назначенное лечение;

- если действия Пациента угрожают жизни и здоровью персонала или (и) других Пациентов клиники;

- опоздания Пациента на прием более 10 минут

- при серьезном нарушении графика приема, если это нарушение вызвано объективными причинами, то есть не подлежащими прерыванию лечения других Пациентов

- по уважительной причине нахождения лечащего врача вне клиники

обо всех отказах делается запись в Медицинской карте Пациента.

2.2.8. Отказать Пациенту в предоставлении услуг в случае его отказа засвидетельствовать свое согласие с условиями данного договора, паспортные данные, с указанием места жительства, для заполнения медицинской карты.

2.2.9. Заменить лечащего врача при наступлении объективной невозможности проводить лечение данным специалистом, а также при необходимости консультации к другим специалистам. Замена производится с согласия Пациента. В исключительных случаях, при недостижении терапевтического эффекта производится без согласия Пациента, по решению руководителя на основании ст. 70 323 ФЗ.

2.3. Пациент обязуется:

2.3.1. Следовать плану лечения, срокам этапов лечения, срокам визитов, в том числе на профилактические и контрольные обследования к администратору клиники для согласования времени и даты, рекомендованного врачом, приема.

2.3.2. Пациент должен предоставить всю известную ему необходимую медицинскую информацию медицинским работникам Исполнителя о состоянии здоровья, аллергических реакциях и т.д., сведения, касающиеся его личности, состояния здоровья родственников и т.д., необходимые для оказания медицинской помощи.

2.3.3. Являться на прием в строго назначенное время, а при невозможности явки, заранее, не менее чем за 24 часа предупредить Исполнителя о невозможности явки на прием.

2.3.4. Строго соблюдать и выполнять условия оказания диагностических, профилактических и лечебных мероприятий; соблюдать режимы лечения, в том числе, режимы гигиены, питания и ухода за кожей после проведения процедур.

Без согласования с лечащим врачом Исполнителя, не использовать лекарственные препараты, косметические средства и процедуры, назначенные специалистами других организаций или самостоятельно.

2.3.5. Немедленно известить врача о любых осложнениях, изменениях состояния или иных отклонениях, возникших в процессе лечения.

2.3.6. Удостоверить личными подписями факты ознакомления и согласия с настоящим договором и планом лечения, сроками и условиями информированного согласия на косметологические и медицинские вмешательства, которые являются неотъемлемой частью необходимых врачебными рекомендациями.

2.3.7. Своевременно выплатить стоимость предоставляемых косметологических услуг в соответствии с действующим прейскурантом.

2.3.8. Ознакомиться и вести себя в соответствии с правилами внутреннего распорядка для Пациентов лечебного учреждения ООО «СТА».

2.3.9. Ознакомиться с Положением о предоставлении гарантий на косметологические услуги. Так как результат оказания медицинской помощи нематериальный характер и выражается в достижении определенного состояния здоровья, и так как действия биологических факторов в медицинском вмешательстве, не подвластны ни абсолютному контролю, ни воле со стороны человека, то Исполнитель, по независящим причинам, не может гарантировать только лишь положительный результат оказанной медицинской услуги.

Даже при надлежащем выполнении обеими сторонами своих обязательств, по договору, применении самых результативных и современной медицинской науки, результат оказания медицинской услуги не может являться 100% прогнозируемым и может выражаться в отсутствии каких-либо изменений, даже в ухудшении патологических процессов.

2.3.10. Платные косметологические услуги предоставляются только при наличии информированного добровольного согласия Пациента на лечение, медицинские вмешательства, подписанного Пациентом и лечащим врачом. Информированное добровольное согласие на неотъемлемой частью договора Пациента. Отказ от медицинского вмешательства с указанием возможных последствий также документально фиксируется Пациентом и лечащим врачом. Неотъемлемой частью договора также является Положение о гарантии оказания медицинской помощи. Настоящим договором Пациент уведомлен, что сроки гарантии и сроки службы могут относиться лишь применительно к материальным медицинским изделиям, а именно имплантаты, нити и т.д., то есть на гарантии, данные производителем данных медицинских изделий.

2.4. Пациент имеет право:

2.4.1. Выбрать время явки на прием в соответствии с графиком работы Исполнителя и с учетом занятости времени персонала другими Пациентами.

2.4.2. Перенести ранее назначенный ему прием на другое время, уведомив об этом Исполнителя.

2.4.3. Требовать от Исполнителя предъявления лицензий, прейскуранта, сведений о квалификации и сертификации специалистов.

3. ЦЕНА ДОГОВОРА И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

3.1. Прейскурант является текущей (меняющейся) ценой на части оказываемой услуги. Цена определяется по прейскуранту на тот момент оказания услуги или ее часть, отраженная в прейскуранте.

3.2. Исполнитель информирует Пациента о стоимости косметологической услуги до ее начала.

3.3. Пациент оплачивает оказанную услугу (или часть услуги), посредством наличных или безналичных расчетов, по прейскуранту части, отраженной в прейскуранте.

4. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

4.1. Договор действует с момента подписания и до прекращения или расторжения договора по причинам, определенным законодательством

4.2. Срок, согласованный Сторонами, может быть продлен на соответствующее количество дней в случаях:

4.2.1. временной приостановки лечения Пациентом на количество дней необходимых для выполнения плана лечения;

4.2.2. необходимости замены лечащего врача или организации консультаций других специалистов – на количество дней, необходимом врачу или организации консультаций других специалистов;

4.2.3. объективной необходимости изменения намеченного и согласованного Сторонами плана лечения, влекущего изменение объема оказания

4.2.4. невозможностью осуществления (продолжения) лечения, по причине обнаружения у Пациента медицинских противопоказаний.

4.3. При выявлении в результате диагностических мероприятий или в ходе лечения у Пациента патологии, достижение полного излечения вследствие современного уровня медицинской науки и индивидуальных особенностей организма Пациента, окончательный срок лечения Сторонами не устанавливается.

4.4. Услуги оказываются непосредственно после изъявления Пациентом желания ее получить и подписания Договора, либо в срок, своего прихода на прием. Длительность оказания услуги и ее периодичность (кратность) определяется, исходя из медицинских показаний индивидуально и указывается в Плана лечения, примерные сроки лечения указаны в стандартах оказания помощи по профилю «косметология» утвержденных Минздравом и иными нормами законодательства, регулирующих данный вопрос. Пациент имеет право на соблюдение сроков оказания медицинских услуг, исходя из их специфики, течения заболевания, наличия осложнений.

5. ПРЕКРАЩЕНИЕ И РАСТОРЖЕНИЕ ДОГОВОРА

5.1. Договор подлежит расторжению по воле сторон при надлежащем исполнении договора Сторонами. При этом Пациент делает отказ от лечения, свидетельствующую о полном и надлежащем выполнении обязательств Исполнителем или подписывает акт сдачи-приемки работ, не подписывает акт, в отсутствие мотивированного отказа, акт считается принятым, при отказе Пациента от подписания акта в акт подписывается Исполнителем.

5.2. Пациент имеет право расторгнуть в одностороннем порядке договор и прекратить отношения с лечебным учреждением/организацией Исполнителем по прейскуранту фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

5.3. Если Пациент не выполняет рекомендаций медицинского учреждения Исполнителя, то оказание медицинской помощи становится Пациентом от следования рекомендациям, связанным с лечебным процессом, и не соблюдение правил внутреннего распорядка для равносильно одностороннему расторжению договора.

5.4. Прекращение и расторжение договора возможно и по другим основаниям, предусмотренным законодательством РФ и применимым

6. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ ДОГОВОРА.

6.1. В соответствии с п.3 ст. 13 ФЗ №323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» Пациент определяет лица и информацию составляющую врачебную тайну. Пациент согласен на обработку персональных данных (в том числе биометрических данных) в исполнении настоящего договора, включая: сбор, хранение, дополнение, изменение, уточнение, ведение базы данных, передача, уничтожение

6.2. Пациент согласен на проведение контрольных фотоснимков до, в процессе и после лечения для сравнительной оценки результатов лечения Исполнителем или его сотрудниками данных, полученных при обследовании и лечении Пациента, в том числе – слайдов, фотографии тиражирования, изучения другими специалистами, для учебных, научных или рекламных целей в публикациях, на врачебных конференциях/указания Ф.И.О., другое _____.

6.3. Пациент согласен на предоставление Исполнителем сведений, составляющих врачебную тайну, на ознакомление с медицинскими документами врачам-специалистам, другим врачам Пациента, не являющихся сотрудниками Исполнителя, для проведения консультаций, рецензирования комиссий и врачебно-контрольных комиссий, а также сотрудникам страховых компаний сотрудничающих с Исполнителем.

6.4. Сведения о выбранных Пациентом лицах, которым в соответствии с п. 5 ч. 3 ст. 19 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», может быть передана информация о состоянии его здоровья или состоянии лица, законным представителем которого он является _____.

(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

Лица или круг лиц, которым можно сообщать о факте посещения лечебного учреждения Исполнителя: _____

(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

6.5. Лица или круг лиц, которым можно сообщать сведения об объеме и стоимости лечения по требованию последних, в случае, если ими: _____

(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

6.6. Пациент предоставляет Исполнителю право передавать информацию по исполнению настоящего договора, а также сообщать информацию в предложениях sms-сообщениями по телефону _____ и на электронный адрес Пациента, указанный в реквизитах договора.

6.7. Пациент проинформирован, что Исполнитель проводит видеонаблюдение, в целях обеспечения безопасности присутствующих в клинике.

6.8. Пациент согласен получать результаты проведенных исследований по электронной почте. Информация направляется в течение 30 дней с момента получения результатов с электронного адреса Исполнителя на электронный адрес Пациента, указанный в реквизитах договора.

6.9. В случае, если в реквизитах договора не указан адрес электронной почты Пациента или указан неразборчиво, результаты исследований _____.

7. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ

7.1. Пациенту предоставлена в доступной форме информация о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинских программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам медицинской помощи.

7.2. Пациенту предоставлена в доступной форме информация о возможности получения социального вычета за косметологические услуги супругу (супруге), родителям, детям (в том числе усыновленным) в возрасте до 18 лет, подопечным в возрасте до 18 лет (перечень Постановлением Правительства Российской Федерации от 19 марта 2001 г. № 201).

7.3. Пациент должен осознавать, что при работе Исполнителя с ним, возможно выявление дополнительных патологий, анатомических особенностей Пациента или особенностей в характере течения заболевания и выявленных особенностей повреждений систем и органов, что может повлечь дополнительные финансовые расходы со стороны Пациента.

7.4. Исполнитель предоставляет Пациенту гарантию в соответствии с Положением о предоставлении гарантий на косметологические услуги, в течение которых возможно возникновение новых и несвязанных с проведенным лечением патологических состояний. Эффективное и качественное оказание косметологических услуг по истечении гарантийного срока возможно при условии прохождения контрольных осмотров в соответствии с графиком, установленным Исполнителем, один раз в шесть месяцев.

Исполнитель гарантирует применение современных способов лечения, но не может гарантировать полного излечения Пациента.

7.5. Гарантийные сроки устанавливаются Исполнителем с учетом индивидуальных особенностей лечения Пациента, при условии выполнения врачом, и обязательной явке на контрольные осмотры в соответствии с рекомендациями врача, но не реже одного раза в шесть месяцев. Право требования возмещения потребителем убытков возникает только после устранения недостатков.

8. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН.

8.1. Исполнитель несет ответственность за соблюдение порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи, технического состояния оборудования, ведения медицинской документации, соблюдение санитарно-гигиенического режима, лечебных технологий, профессионализма персонала.

8.2. Исполнитель не несет ответственности перед Пациентом в случае:

-возникновения у Пациента в процессе лечения или после его окончания проблем биологического характера и негативных последствий добровольного Согласия на медицинское вмешательство, не связанных с нарушением Исполнителем лечебных технологий, чувствительности кожи и слизистой; заживлением ран; отторжением имплантатов, введенных препаратов; отеком тканей; болевые ощущения; осложнениями, не отмечавшего ранее проявления аллергии; и других:

-осложнений по причине неявки Пациента в указанный срок;

-осложнений по причине несоблюдения Пациентом рекомендаций врача;

-отказа Пациента от дополнительных лечебно-диагностических мероприятий, необходимых для проведения профилактики и лечения во время лечения;

-осложнений, возникших по причине сокрытия Пациентом информации о прохождении лечения в другом лечебном учреждении, самолечения.

В отношении услуг, на которые установлен гарантийный срок, исполнитель не отвечает за их недостатки, если они возникли после нарушения им правил использования результата услуг, действий третьих лиц (переделки и исправления проведенного лечения без согласования с лечащим врачом Исполнителя), исправления самим Пациентом) или в результате внешних травмирующих воздействий.

В случае невыполнения рекомендаций лечащего врача и/или обязательного прохождения контрольных осмотров в соответствии с графиком, установленным Исполнителем, дальнейшая коррекция будет проводиться за счет денежных средств пациента.

8.3. Стороны не несут ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору, в том числе в результате форс-мажорных обстоятельств, а именно: стихийные бедствия, пожар природного характера, запрет импорта или экспорта, какие-либо другие непредвиденные обстоятельства и их последствия, не зависящие от сторон, то срок в Договоре продлевается на период, в течение которого эти обстоятельства остаются в силе.

Сторона, ссылающаяся на обстоятельства непреодолимой силы, обязана в течение 10 (Десяти) дней с момента их наступления информировать другую сторону в письменной форме с приложением соответствующих подтверждающих документов.

8.4. В случае объективной невозможности исполнения настоящего договора любой из Сторон, Пациент оплачивает по прейскуранту расходы; при наличии предоплаты Исполнитель, в течение десяти рабочих дней осуществляет возврат денежных средств, за вычетом расходов.

8.5. Договор составлен в 2-х экземплярах, по одному для каждой из сторон, имеющих одинаковую юридическую силу.

9. РАЗРЕШЕНИЕ СПОРОВ.

9.1. В случае возникновения разногласий между Исполнителем и Пациентом по поводу качества оказания услуги, стороны решают спор путем переговоров.

9.2. В случаях, не предусмотренных настоящим договором, стороны руководствуются действующим законодательством РФ.

10. РЕКВИЗИТЫ

ИСПОЛНИТЕЛЬ	ПАЦИЕНТ
ООО «СТАТУС-КОСМЕТИКА»	Фамилия:
ОГРН 1023403431699	Имя:
ИНН/КПП 3444102634/344401001	Отчество:
Юридический адрес: г. Волгоград, ул. Краснознаменская, д. 6	Дата рождения:
тел: (8442)32-12-39	Адрес:
e-mail: gatineau-vlg@mail.ru	Телефон:
рас/счет 40702810603100000885 в ФИЛИАЛ ЮЖНЫЙ ПАО БАНКА "ФК	E-mail:
ОТКРЫТИЕ" Г.РОСТОВ-НА-ДОНУ БИК 046015061	Паспорт: Не указано
кор/счет 30101810560150000061	Выдан: Не указано

*Даю согласие на обработку своих персонали
использованием или без использования
заключения и исполнения настоящего догово,*

Подпись _____ / _____

Информированное добровольное согласие пациента на осмотр, консультацию, об объемах и видах оказания

Приложение № 1 к договору 2025-10-14/А от 14 октября 2025 г. на оказание

Уважаемые пациенты!

Любое медицинское вмешательство обращено к достижению блага для здоровья. При этом необходимым является и частичное информированное согласие выражается то, на что рассчитывает получатель медицинской услуги и чем он готов поступиться ради информированного согласия получатель и исполнитель медицинской услуги согласуют как предполагаемое благо для здоровья, так и оправданные необходимостью достижения такого блага

Согласно ст. 20 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» от 21.11.2011 года № 323 любое медицинское вмешательство профилактики или лечение заболевания, допустимо только после получения врачом добровольного информированного согласия пациента

Информированное добровольное согласие на комплекс обследований дается пациентом либо его законным представителем с Медицинскую организацию и действительно в течение всего срока оказания услуг в медицинской организации.

Я _____

(ФИО пациента, либо законного представителя),

Соглашаюсь с тем, что медицинское вмешательство (осмотр, сбор анамнеза, диагностику и т.д. другое вмешательство):
пациенту _____

(ФИО пациента, которого я представляю в силу закона)

будет проводить врач _____

и другие врачи Исполнителя. В исключительных случаях (например болезнь врача, сложная клиническая ситуация) клиника может за об этом, а именно:

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр, в том числе пальпация (метод врачебного исследования прощупыванием), перкуссия (метод врачебного исследования врачебного исследования выслушиванием), риноскопия (метод исследования полости носа с помощью носовых зеркал и расширитель исследования глотки), непрямая ларингоскопия (метод визуального исследования гортани), отоскопия.
3. Антропометрические исследования (измерения веса, роста и других размеров тела).
4. Термометрия (измерение температуры тела).
5. Тонометрия (измерение давления).
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. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикочно, пр препаратами.

Мне даны разъяснения, которые мною осознаны и мне понятны:

1. О целях медицинского вмешательства; методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске; о возможных вариантах последствиях медицинского вмешательства, в т.ч. о вероятности развития осложнений; о предполагаемых результатах оказан мне/представляемому предстоит делать во время проведения медицинского вмешательства; о возможных последствиях отката вмешательства;
2. О планируемом объеме и тактике медицинских вмешательств, а также о том, что они могут быть изменены в силу специфики индивидуальных особенностей организма пациента, состояния его здоровья, получаемых результатов обследований и т.п.;
3. О том, что отказ от необходимого лечения, от выполнения назначений и рекомендаций врачей, несоблюдение лечебно-охранительных работников, режима приема назначенных лечащим врачом препаратов, самовольное использование инструментария и оборудования осложнить процесс оказания медицинской помощи/лечения, снизить качество оказываемой медицинской помощи и отрицательно сказана
4. О необходимости проинформировать врача обо всех известных мне данных о моем состоянии здоровья

(представляемого) и состоянии здоровья ближайших родственников, в т.ч. об имеющейся в анамнезе патологии, перенесенных или аллергических реакциях или индивидуальной непереносимости лекарственных средств, наследственных, венерических, психических и операциях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах, о наследственности, употреблении алкоголя, наркотических и токсичные любые сведения, которые могут повлиять на качество оказываемой медицинской помощи;

5. О том, что проводимое лечение не гарантирует 100%-ный результат и что при проведении медицинских манипуляций и после них периоде возможны различные осложнения, что используемая технология и тактика медицинской помощи не могут полностью побочных эффектов, обусловленных биологическими особенностями организма, а также существует возможность непреднамеренного и
6. О том, что в случаях несоблюдения предписаний врача, отказа от проведения необходимых обследований, исследований, осмотро нарушения Положения о порядке и условиях предоставления платных медицинских услуг в Клинике, в том числе Правил внутри согласованию с Главным врачом, может быть принято решение об отказе от наблюдения за пациентом и его лечения, если это не угрожа
7. О том, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств или потребовать его (их) и предусмотренных ч.9.ст.20 ФЗ от 21.11.2011 №323- ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Отказ от мед в письменной форме до начала медицинских манипуляций и хранится в медицинской документации.

Я подтверждаю:

- что мне понятен смысл всех терминов, употребленных в настоящем Согласии;
- что я имел(а) возможность задать и получить ответы на все интересующие меня вопросы, связанные с оказанием мне/представляемой медицины;
- что ознакомлен(а) с Положением о порядке и условиях предоставления платных медицинских услуг Исполнителем, в том числе с прейскурантом Исполнителя и порядком оплаты услуг в Клинике;
- что осознаю, что в силу специфики медицинских услуг, их стоимость и объем в любом случае могут быть определены как предварительный объем определяются, исходя из фактически оказанных с моего согласия медицинских услуг на момент окончания их исполнения.

На основании вышеизложенного, я добровольно и осознанно принимаю решение об оказании мне (представляемому) платных добровольное информированное согласие на проведение всех необходимых медицинских вмешательств, связанных с оказанием мне/пр также необходимых по медицинским показаниям дополнительных медицинских вмешательств, которые могут потребоваться по состоянию. Данное мною информированное согласие действительно в течение всего срока оказания медицинской помощи (предоставления м КОСМЕТИКА".

Мне понятно, что данное согласие может быть отозвано по моему желанию по письменному заявлению.

Я проинформирован, что ООО "СТАТУС-КОСМЕТИКА" не работает в системе обязательного медицинского страхования и могу реализовать свое право на получение медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания пр возможность обратившись в иную медицинскую организацию, которая осуществляет свою деятельность в сфере услуг ОМС, и участвую

(Фамилия И.О. пациента/законного представителя пациента) (Подпись)

Я свидетельствую, что дал разъяснения о целях, характере, ходе и объеме планируемых в ходе оказания медицинской помощи медицинским рисках их проведения, дал ответы на все интересующие вопросы.

Я проинформирован (а) о том, что такие согласия на конкретные медицинские вмешательства в ходе моего (представляемого) лечения комплексное ознакомление меня (представляемого) со спецификой предстоящей медицинской услуги предстоящей медицинской усл повторного выполнения такой манипуляции, информирование и прочие разъяснения будут проводиться в устной форме. Я понимаю, что вероятным, но не исключена возможность возникновения обстоятельств, могущих повлечь изменение плана лечения по медицинским следовательно и его стоимости. Так же может возникнуть необходимость дополнительных медицинских вмешательств для обеспечения намеченного плана лечения.

Отказываясь от применения данных диагностических манипуляций я осознаю, что лишаю врача возможности получения более точной моего здоровья (здоровья моего ребенка).

Я понимаю, что факт дачи мною согласия на медицинское вмешательство имеет соответствующие юридические последствия. Я медицинское вмешательство, будучи вменяемым, дееспособным человеком, не под влиянием заблуждения или принуждения со сторон лиц, обладая необходимой информацией для принятия решения.

Я разрешаю использовать мою медицинскую информацию всем сотрудникам клиники, участвующим в оказании услуги, в том числе в целях качества, в том числе с привлечением специалистов.

Я разрешаю передавать копии моей медицинской документации (ФИО, степень родства) _____, здоровья.

Я разрешаю делать фото/видео протоколы моего лечения сотрудниками клиники для более качественного оказания мне услуги.

Я разрешаю/не разрешаю использовать мои фото в социальных сетях Клиники.

Врач- _____
(Должность, Фамилия И.О.) (Подпись)

:

*программы государственных гарантий
оказания гражданам медицинской*

*сти; - о ближайшей поликлинике,
стоматологических услуг;*

*Ф от 4 октября 2012 г. N 1006);
действиях и ожидаемых результатах*

лении моих персональных данных ООО

ЭСМЕТИКА»;

*платных стоматологических услуг;
территориального органа Федеральной
защиты прав потребителей и благополучия человека.*

« _ » _____ 202_ г.

гу району г. Волгограда 03.09.2002 г.,
нумерованное в дальнейшем «Исполнитель», в
_____ ,

помощи независимо от наличия у него
Российской Федерации»).

ответственности с договором. Потребитель,
Об основах охраны здоровья граждан в

платные стоматологические услуги в
Правил предоставления медицинскими

лицом именуется «Пациент».

лечения, являющегося неотъемлемой
частью предоставления стоматологических
услуг Пациента и организационно-техническими

используемых медикаментов, инструментов,

инструментов и материалов.

особенностях Пациента или
к увеличению объема оказания услуг, и

других диагностических мероприятий,
согласно с п. 2.1.3.

ное мероприятие, в том числе в день
лечения лечащего врача, а также, в случае

при этом ответственность за действия
пациента, или по стечению обстоятельств

менять с согласия Пациента план или/и

учреждениях), необходимых для

пациента, состояние аффекта, алкогольного,

прогнозу осложнениями, возникшими при

личной подписью, и предоставить

необходимости направить Пациента для
терапевтического сотрудничества замена

лечения и осмотры. Самостоятельно

охранении своего здоровья, заболеваниях,
получения косметологической услуги.

консультанта по телефону +7 (8442) 38-12-39, о

рекомендации врача до, во время и после

воздействующие на кожу, назначенные

и.

стоимостью косметологических услуг,
настоящего договора, а также всеми

«СТУС-КОСМЕТИКА».

медицинской услуги почти всегда носит
характер рисков и процессов, затрагиваемых при
использовании как от него, так и от Пациента

рекомендовавших успешных достижений
пациента в восстановлении, улучшении, так

пациента на консультацию и осмотр, план
медицинское вмешательство является
оформляется записью в медицинской
карте ООО «СТАТУС-КОСМЕТИКА», но
конечным (овеществленным) результатам

пациентами.

момент времени, в который оказывается

сразу после исполнения услуги или ее

вом РФ или настоящим договором.

их для осуществления замены лечащего

азываемых услуг;

ения при наличии которой невозможно
Договора установлен быть не может и

который Пациент установил, как дату
казаний, в каждом конкретном случае
гология» и клинических рекомендациях,
дение Исполнителем разумных сроков

летку в Приложении, содержащем План
осметологических услуг. Если Пациент
нем делается отметка об этом и акт

ей Исполнителя в любое время, оплатив
говору. Стороны подписывают акт о

ся невозможным. Отказ или уклонение
Пациентов организации Исполнителя

для данного вида договоров.

ли круг лиц, которым можно передавать
(анных) полученных Исполнителем при
ожение.

ультатов; на возможное использование
ий, моделей, отзывов, мнения и т.д., для
ных обществах и т.д., при условии:

й картой и результатами обследования
вания, проведения клинко-экспертных

овья граждан в Российской Федерации»
рого являюсь (ненужное зачеркнуть):

_____.

_____.

и оплата этого лечения осуществляется
_____.

формацию о работе клиники, акциях и
договора.

инике.

не 3-х (Трех) рабочих дней с момента

ний выдаются строго на руки Пациенту.

ой помощи без взимания платы в рамках
твенных гарантий бесплатного оказания

ли (подп. 3 п. 1 ст. 219 НК РФ), ему, его
ль косметологических услуг утвержден

ских и физиологических особенностей
т повлечь изменения в плане лечения и

ие услуги. По истечении гарантийных
безопасное использования результатов
ни с рекомендациями врача, но не реже

олнения Пациентом всех рекомендаций
щев. В соответствии с п.6 ст.29 Закона
> получения отказа исполнителя услуги

щи, норм использования медицинского
гальной этики.

дствий указанных в Информированном
гаких как: повышения или снижения
ущения; возникновения аллергических

зможных осложнений;
чения Пациентом.

принятия услуг Пациентом вследствие:
в другом лечебном учреждении (без

с рекомендациями врача, гарантия на

случае возникновению обстоятельства,
рактера, наводнения, военные действия,
ыполнения обязательств по настоящему

ировать другую сторону о наступлении

фактически понесенные Исполнителем
фактически понесенных Исполнителем

путем двусторонних переговоров.

ИТ

«__» _____ 202_ г.

*ьных данных, указанных в договоре, с
средств автоматизации в целях
ра.*

Фамилия, И.О. _____ /

медицинской помощи, о плане лечения
зание платных косметологических услуг

ное повреждение здоровья. Именно в
этого в отношении своего здоровья. В
и возможные негативные последствия,

о, имеющее своей целью диагностику,
та в письменной форме.

дин раз при первичном обращении в

менить врача, предварительно уведомив

простукиванием), аускультация (метод
ей), фарингоскопия (метод визуального

омывание лор-органов лекарственными

видов медицинского вмешательства; о
ия медицинской помощи; о том, что
за от предполагаемого медицинского

и медицинских услуг в зависимости от

го режима, рекомендаций медицинских
ия, бесконтрольное самолечение могут
ться на состоянии здоровья;

имеющихся заболеваниях, инфекциях,
и других заболеваниях в семье, травмах,
их на меня/представляемого во время
еских средств, а также иных, сообщить

;, как в ближайшем, так и в отдаленном
исключить вероятность возникновения
причинения вреда здоровью.

в и консультаций врачей-специалистов,
нного распорядка Клиники, врачом по
ает жизни пациента.

прекращения, за исключением случаев,
ицинского вмешательства оформляется

у медицинской помощи, в т.ч. в области
видами поведения пациентов, а также с
ельные и их окончательные стоимость и
медицинских услуг в Клинике и даю
предоставляемому медицинской помощи, а
нию здоровья.
медицинских услуг) в ООО "СТАТУС-

раммах госгарантий. Мне понятно, что
ождаю медицинской помощи, я имею
ет в программах госгарантий.

ских вмешательств, а также способах и

чения подписываются однократно, как
уги, в дальнейшем, при необходимости
то этот план лечения является наиболее
показаниями и (или) иным причинам, а,
я безопасности и надлежащего качества

и достоверной информации о состоянии

Я подписываю настоящее согласие на
пы сотрудников Исполнителя либо иных

целях проведения внутреннего контроля

а так же сообщать о состоянии моего

дата