

Приложение к Договору на оказание

платных медицинских услуг

№ ___ от «___» _____ 20__ г.

Акт об оказании медицинских услуг

№/№	Наименование медицинской услуги	Сроки	Цена	Количество	Стоимость
	Итого:				

Все перечисленные услуги оказаны в оговоренные сроки. Претензий по качеству медицинских услуг, сроках и условиях предоставления не имею. Требуемая информация и медицинская документация предоставлена в полном объеме.

ПОТРЕБИТЕЛЬ (ЗАКАЗЧИК)

Ф.И.О

Зарегистрирован (проживает):

Паспорт:

Телефон:

Подпись:

МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР

Общество с ограниченной ответственностью
«ОРТОС» 454091 Россия, г. Челябинск,
Свердловский пр. 71-10
ИНН 7453166367 КПП 745301001
ОГРН 1067453072081
Лицензия № ЛО-74-01-000808 выдан от
19.04.2010г. Телефон: 8(351) 7-299-003

Зам. генерального
директора _____

Савельева А.Е.

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, _____ (Ф.И.О.) даю согласие Обществу с ограниченной ответственностью «ОРТОС» оказывать мне медицинские услуги.

Я ознакомлен(а) в доступной форме с полной информацией о целях, методах оказания медицинской помощи мне (или лицу, интересы которого я представляю), связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

Я ознакомлен(а), что успех моего лечения (или лечения лица, интересы которого я представляю) зависит от биологических и анатомических особенностей моего организма. Я даю разрешение врачу составлять диагностические модели, проводить любые диагностические мероприятия, которые врач сочтет нужным провести для оценки состояния моего (или лица, интересы которого я представляю) здоровья и выявления заболеваний. Я также даю разрешение проводить необходимые лечебные мероприятия, прописывать мне (или лицу, интересы которого я представляю) по показаниям лекарства. Я разрешаю привлекать к лечению консультантов на усмотрение врача. Мне объяснены все возможные исходы лечения, альтернативные варианты.

Я поставил (поставила) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, в т.ч. носительстве ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитах, туберкулезе, инфекциях, передаваемых половым путем, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, принимаемых лекарственных средствах, проводившихся ранее переливаниях крови и ее компонентов. Сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

Я имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы. Врач предоставил мне предварительно информацию о методах анестезии, приеме лекарств, о возможных осложнениях лечения, о возможных неприятных ощущениях, которые могут сопутствовать любому вмешательству в человеческий организм, таких, как боль, тошнота, головокружение, аллергические реакции на медикаменты, гематомы и о других неприятных ощущениях, которые зависят не только от применяемой техники и действий врача, но в гораздо большей степени – от ответной реакции организма. Я проинформирован(а) о возможных неблагоприятных реакциях человеческого организма, в том числе об анафилактических реакциях, об инфекционных осложнениях.

Вся информация изложена в доступной мне форме, мне полностью понятна.

Настоящее согласие является, в числе прочего, моим письменным согласием на обработку персональных данных (моих и представляемого мной Пациента) – согласием на совершение любых действий с любыми таковыми данными, включая биометрические. Срок моего согласия на обработку персональных данных равен срокам действия настоящего договора плюс один последующий год.

Я понимаю необходимость регулярных контрольных осмотров у доктора и поэтому обязуюсь приходить (или приводить лицо, интересы которого я представляю) на контрольные осмотры (по графику, обговоренному с врачом и записанному в истории болезни). Я понимаю, что несоблюдение указаний (рекомендаций) врача, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья. Я согласен (согласна) соблюдать график посещения, не допуская систематических (более 2 раз) опозданий. Я согласен (согласна) с тем, что в случае опоздания на прием, продолжительность указанного приема может быть соответствующим образом сокращена.

Понимая сущность предложенного лечения и уникальность любого человеческого организма, я согласен (согласна) с тем, что никто не может предсказать точный результат планируемого лечения. Я понимаю, что мне не были даны и не могут быть даны какие-либо гарантии или заверения. Я понимаю, что врач просто использует общепринятые методы диагностики и лечения. Я понимаю, что врач не может нести ответственность за независимые от его воли явления, в том числе за обострение недиагностированных у меня или представляемого мной лица заболеваний, за постинъекционные осложнения, за любые действия любых других врачей.

Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом и отдаю себе отчет в том, что он влечет для меня (и/или представляемого мной лица) определенные правовые последствия.

« _____ » _____ 201__ .г

Подпись Пациента

Расписался в моем присутствии:

Врач _____ (подпись)