

**Уведомление о последствиях несоблюдения указаний (рекомендаций)
медицинской организации**

АО "Институт медицинских технологий" в соответствии с п.24 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 11.05.2023г. N 736, уведомляет о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинской организации АО "Институт медицинских технологий" (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.

С уведомлением ознакомлен(а) до заключения договора на оказание платных медицинских услуг.

« ____ » _____ 20 ____ г.

подпись

Ф.И.О. Заказчика
(Представителя)

**Договор № _____
на оказание платных медицинских услуг**

город Москва

« ____ » _____ 20 ____ г.

Я _____ года рождения
(фамилия, имя, отчество полностью)

паспорт: _____, выдан: _____

_____, дата выдачи _____,

Проживающий (ая) по адресу: _____
именуемый в дальнейшем «Заказчик»,

(строки ниже заполняются в случае, когда договор подписывает законный представитель ребенка или недееспособного лица)

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель)
ребенка или лица, признанного недееспособным: _____

(фамилия, имя, отчество ребенка или недееспособного гражданина - полностью, год рождения)

(указать паспорт недееспособного гражданина или свидетельство о рождении ребенка),

именуемый (ая) в дальнейшем «Пациент», с одной стороны, и **Акционерное общество «Институт медицинских технологий»**, находящееся по адресу: **121609, г. Москва, ул. Крылатские холмы, д.3, к.2**, ОГРН 1027700408526 от 10.11.2002, ИНН 7732100800, имеющее Лицензию на осуществление медицинской деятельности от 17.09.2019г. №Л41-01021-66/00573417, выданную Министерством здравоохранения Свердловской области Приказом №985-Л от 13.09.2024 г., в лице

Генерального директора Антонова Владимира Владимировича, действующего на основании Устава, именуемое в дальнейшем «Институт» с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ

Для целей настоящего Договора используются следующие основные определения:

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;

Институт - медицинская организация, предоставляющая платные медицинские услуги пациентам;

Заказчик - физическое (юридическое) лицо, имеющее намерение заказать (приобрести) либо заказывающее (приобретающее) платные медицинские услуги в соответствии с договором в пользу пациента;

Пациент - физическое лицо, имеющее намерение получить либо получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с договором. Потребитель, получающий платные медицинские услуги, является пациентом, на которого распространяется действие Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

1. Предмет договора.

- 1.1. Институт обязуется оказать Пациенту платные медицинские услуги в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности и согласно Прейскуранту цен (тарифов) на медицинские услуги, а Заказчик обязуется принять и оплатить оказанные услуги в соответствии с условиями настоящего Договора.

2. Условия и срок предоставления платных медицинских услуг.

- 2.1. Институт оказывает платные медицинские услуги при неукоснительном соблюдении лицензионных требований и условий, требований Закона Российской Федерации «О защите прав потребителей», Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, Федерального закона Российской Федерации «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
- 2.2. Институт организует и оказывает медицинскую помощь в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи, а также в соответствии с требованиями, предъявляемыми к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенными на территории Российской Федерации, утвержденными в установленном порядке.
- 2.3. Сроки ожидания предоставления медицинских услуг, предусмотренных п. 1.1 настоящего Договора, устанавливаются локальными нормативными актами клиники в зависимости от индивидуального объема оказываемых услуг, по медицинским показаниям и сообщаются Пациенту (Заказчику).
- 2.4. Стандарты медицинской помощи и клинические рекомендации (при их наличии), с учетом и на основании которых оказываются медицинские услуги, информация о квалификации, графике и образовании специалистов клиники размещены на сайте «Института» (www.biocyte.ru), а также на информационных стендах в виде ссылок на

«Официальный интернет-портал правовой информации» и официальный сайт Министерства здравоохранения Российской Федерации, на котором размещен рубрикатор клинических рекомендаций.

- 2.5. Сведения о Пациенте, при оказании платных медицинских услуг гражданину анонимно, фиксируются со слов Пациента: фамилия, имя и отчество (при наличии), адрес места жительства, иные адреса, на которые (при их указании в договоре) Институт может направлять ответы на письменные обращения, и телефон; данные документа, удостоверяющего личность.

3. Права и обязанности сторон.

3.1. «Пациент (Заказчик)» обязуется:

- 3.1.1. Оплатить медицинские услуги в размере и порядке, указанных в п. 4 настоящего Договора;
- 3.1.2. До назначения курса лечения сообщить лечащему врачу все сведения о наличии у него других заболеваний, противопоказаний к применению каких-либо лекарств или процедур, а также другую важную информацию;
- 3.1.3. Ознакомиться с порядком и условиями предоставления платных медицинских услуг по настоящему Договору.
- 3.1.4. Выполнять все медицинские предписания, назначения, рекомендации специалистов, оказывающих медицинские услуги.
- 3.1.5. При прохождении курса лечения сообщать лечащему врачу о любых изменениях самочувствия.
- 3.1.6. Согласовывать с лечащим или дежурным врачом употребление любых терапевтических препаратов, лекарств, лекарственных трав, мазей, и т.д.
- 3.1.7. Соблюдать график приема врачей-специалистов.
- 3.1.8. Во время нахождения на территории «Института» соблюдать Правила внутреннего распорядка организации, лечебно-охранительный режим, правила техники безопасности и пожарной безопасности. Правила размещены на стенде и на сайте «Института» (www.biocyte.ru).
- 3.1.9. Сообщить Институту об изменениях в личных данных, паспортных данных, о месте жительства, способах связи в течение 10 дней с момента изменения последних.
- 3.1.10. В случае окончательного отказа от медицинских услуг (части услуг), уведомить Институт об этом в письменной форме.

3.2. «Пациент (Заказчик)» имеет право:

- 3.2.1. Требовать от «Института» предоставления сведений о наличии лицензии, сертификата и иных сведений об оказываемых услугах.
- 3.2.2. Получать от Института для ознакомления в доступной для понимания и восприятия форме любые сведения о состоянии здоровья, протекании лечения, данные промежуточных обследований, результаты анализов, протоколы консилиумов и т. д.
- 3.2.3. Отказаться в письменной форме от лечения и медицинского вмешательства полностью или частично.
- 3.2.4. Требовать сохранения конфиденциальности информации о факте обращения за медицинской помощью, диагнозе, состоянии (соблюдения врачебной тайны).

3.3. «Институт» обязуется:

- 3.3.1. Оказать медицинские услуги качественно и в срок, в соответствии с предусмотренными медицинскими технологиями, с соблюдением порядков оказания

медицинской помощи и стандартов медицинской помощи, утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации

- 3.3.2. Использовать в процессе лечения только лицензированные, запатентованные способы, рекомендованные российской и общемировой медицинской практикой.
- 3.3.3. Разъяснить о необходимости и способах лечения.
- 3.3.4. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных настоящим Договором, «Институт» обязан предупредить об этом Пациента (Заказчика).
- 3.3.5. Предоставить в доступной форме Пациенту (Заказчику) информацию о перечне услуг, составляющих медицинскую деятельность Института в соответствии с лицензией, режиме работы, графике работы, образовании и квалификации его специалистов, правилах предоставления платных медицинских услуг.
- 3.3.6. Предоставить в доступной форме Пациенту (Заказчику) информацию о порядке оказания медицинской помощи и стандартах медицинской помощи (при наличии), применяемых при предоставлении платных медицинских услуг, а также информацию о возможности осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.
- 3.3.7. Предоставить в доступной форме Пациенту (Заказчику) информацию о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения, а также о об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению, а также сведения, позволяющие идентифицировать имплантированное в организм человека медицинское изделие.
- 3.3.8. После проведения лечения выдать Пациенту (Заказчику) медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, без взимания дополнительной платы.
- 3.3.9. Соблюдать конфиденциальность всей информации, касающейся самочувствия и здоровья (соблюдать врачебную тайну).
- 3.3.10. Не использовать способов лечения, медицинских препаратов и процедур, способных нанести вред здоровью и самочувствию.

3.4. «Институт» имеет право:

3.4.1. Требовать соблюдения:

- графика прохождения процедур;
- соблюдения внутреннего режима;
- соблюдения режима лечения (приема лекарственных препаратов, режима питания и других предписаний), в том числе определенного на период их временной нетрудоспособности.

- 3.4.2. В одностороннем порядке прекратить или приостановить выполнение своих обязательств по настоящему Договору при неисполнении Пациентом (Заказчиком) своих обязательств, в том числе в случае неявки пациента без уважительных причин.
- 3.4.3. Предоставить услуги только после полной или необходимой оплаты лечения.
- 3.4.4. В случае возникновения неотложного состояния Пациента Исполнитель имеет право самостоятельно определять объем исследований и оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи, в том числе и не предусмотренных настоящим договором.

4. Стоимость и порядок расчетов.

- 4.1. Стоимость оказываемых Пациенту (Заказчику) услуг согласно прейскуранту цен, действующему на момент оказания услуги, определяется на основании приложений к настоящему договору. Услуги освобождены от НДС.
- 4.2. Оплата услуг осуществляется в порядке 100-процентной предоплаты до получения Услуги путем перечисления по безналичному расчету денежных средств на расчетный счет «Института» на основании выставленного счета либо иным законным способом. в том числе с привлечением сторонних лиц.
- 4.3. Выполнение и предоставление услуг по настоящему Договору оформляется Актом выполненных услуг, подписываемым обеими сторонами. Указанный Акт является, с момента его подписания, неотъемлемой частью Договора.

5. Порядок и условия выдачи медицинских документов.

- 5.1. Институт после исполнения настоящего Договора выдает Пациенту (Заказчику) медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых, при предоставлении платных медицинских услуг, лекарственных препаратах и медицинских изделиях, без взимания дополнительной платы.
- 5.2. Для получения, впоследствии, копий медицинских документов или выписок из них Пациент (Заказчик) направляет в медицинскую организацию запрос одним из способов: на бумажном носителе (при личном обращении или по почте) либо в электронной форме.

Во втором случае Пациент (Заказчик) заверяет запрос усиленной квалифицированной либо простой электронной подписью.

Запрос составляется в свободной форме и содержит данные в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.07.2020 № 789н (сведения о пациенте: фамилия, имя, отчество (при наличии); реквизиты документа, удостоверяющего личность пациента; адрес места жительства (места пребывания); почтовый адрес для направления письменных ответов и уведомлений и (в случае, если имеется) номер контактного телефона, адрес электронной почты (при наличии); сведения о законном представителе; наименования запрашиваемых документов; сведения о способе получения документов; дата подачи запроса и подпись заявителя.

В случае выбора способа получения Пациентом (Заказчиком) запрашиваемых документов по почте, соответствующие документы направляются заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении.

5.3. При обращении Пациента (Заказчика) «Институт» выдаёт следующие документы, подтверждающие фактические расходы Пациента (Заказчика) и (или) «Института» на оказанные медицинские услуги:

- а) копия договора с приложениями и дополнительными соглашениями к нему (в случае заключения);
- б) справка об оплате медицинских услуг;
- в) рецептурный бланк с проставленным штампом «Для налоговых органов Российской Федерации, идентификационный номер налогоплательщика», заверенный подписью и личной печатью врача, печатью медицинской организации;
- г) документы установленного образца, подтверждающие оплату лекарственных препаратов (кассовый чек, бланк строгой отчетности или иной документ, подтверждающий факт осуществления расчета).

Предоставление копий медицинских документов и выписок из них на бумажном носителе осуществляется в количестве одного экземпляра в срок 30(Тридцати) рабочих дней с момента подачи заявления Пациентом (Заказчиком).

6. Прочие условия.

- 6.1. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных настоящим Договором, Стороны заключают Дополнительное соглашение или (и) Приложение, которое становится неотъемлемой частью Договора с момента заключения или заключают новый Договор.
- 6.2. В случае неисполнения или ненадлежащего исполнения своих обязанностей по договору Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ.
- 6.3. В случае возникновения споров по вопросам, предусмотренным настоящим договором или в связи с ним, Стороны примут все меры к разрешению их путем переговоров, в том числе в претензионном порядке.
- 6.4. Все претензии оформляются в письменном виде. Претензия (жалоба, обращение) должна содержать: 1) номер контактного телефона для связи с заявителем, а также почтовый адрес или адрес электронной почты для направления письменного ответа; 2) предмет обращения (жалобы); 3) фамилию работника (если известна), работа или поведение которого вызвали обращение (жалобу) заявителя; 4) дату и время события, вызвавшего обращение (жалобу) заявителя, а также обстоятельства, при которых оно произошло; 4) другую информацию, важную с точки зрения заявителя; 5) дату предъявления обращения (жалобы).
- 6.5. Пациент (Заказчик) может направить обращение на бумажном носителе по почте, в электронном виде с использованием информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» на электронную почту Института: inmedtec@mail.ru. Срок рассмотрения писем, уведомлений или претензий не может превышать 10 (Десяти) рабочих дней с даты их получения.
- 6.6. Пациент (Заказчик) вправе обратиться в Департамент здравоохранения города Москвы за предоставлением документов или с жалобой в случае, если Институт нарушает принятые на себя обязательства.
- 6.7. При не урегулировании Сторонами спора в досудебном порядке, споры разрешаются в соответствии с законодательством Российской Федерации.

- 6.8. Настоящий Договор вступает в действие с _____ и действует до _____ (или до исполнения Сторонами своих обязательств и завершения всех взаиморасчетов по настоящему Договору).
- 6.9. Настоящий Договор может быть расторгнут по инициативе любой из сторон с обязательным предварительным уведомлением другой стороны. Предварительным уведомлением считается информация в письменном виде, направленная в адрес стороны и с возможностью подтверждения источника отправки и даты отправления.
- 6.10. Настоящий договор без подписанного Приложения №1 юридической силы не имеет.
- 6.11. Любые изменения и дополнения к настоящему договору должны быть составлены в письменной форме и подписаны Сторонами либо их уполномоченными представителями.
- 6.12. Настоящий договор подписан в двух экземплярах (трёх экземплярах, если Заказчик медицинских услуг и их непосредственный Потребитель – не одно лицо), имеющих одинаковую юридическую силу.
- 6.13. Согласие законного представителя Пациента на заключение им Договора получено, в случае необходимости предоставления такого согласия.

Приложение №1 к настоящему договору является его неотъемлемой частью.

7. Юридические адреса и банковские реквизиты

«Институт»	«Пациент (Заказчик)»
Акционерное общество «ИНСТИТУТ МЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ»	Фамилия _____
Юридический адрес: 121609, г. Москва, ул. Крылатские холмы, д.3, к.2	Имя _____
Фактический адрес: 121609, г. Москва, ул. Крылатские холмы, д.3, к.2;	Отчество _____
Отделение Рублево:121500, г. Москва, 2-я Новорублевская ул., д. 15, корп. 1	Паспорт: _____
ИНН 7732100800 КПП 773101001	Выдан _____
р/с 40702810738260013384	Зарегистрирован: _____
В ПАО Сбербанк г. Москва	_____
к/с 30101810400000000225	_____
Главном управлении Центрального банка Российской Федерации по Центральному федеральному округу г. Москва (ГУ Банка России по ЦФО)	Действую как законный представитель, в интересах несовершеннолетнего _____ г.р.:
БИК 044525225	Фамилия И.О. _____

	Дополнительные способы связи: _____

Генеральный директор

_____ Антонов В.В.

_____ (подпись)

МП

В АО «ИНСТИТУТ МЕДИЦИНСКИХ
ТЕХНОЛОГИЙ»
ИНН 7732100800, КПП 773101001
121609, г.Москва, ул. Крылатские Холмы, д.3 к.2
Тел.: +7 (495) 742-44-98
+7 (495) 646-04-37, факс: +7 (495) 416-74-04
е-mail: inmedtec@mail.ru

от _____
(Ф.И.О. законного представителя)

Телефон _____

Адрес эл.почты _____

СОГЛАСИЕ

Я, _____
(Ф.И.О. законного представителя)

паспорт серии _____ № _____ выдан " _____ " _____ г.
_____ ;

зарегистрирован по адресу: _____

являюсь законным представителем

_____ (Ф.И.О. ребенка, или не дееспособного гражданина)

" _____ " _____ г. р.,
зарегистрированного по адресу: _____

на основании _____
(указать правоустанавливающий документ)

даю свое согласие на совершение между АО «ИНСТИТУТ МЕДИЦИНСКИХ
ТЕХНОЛОГИЙ» и _____
(Ф.И.О. ребенка)

сделки, а именно на заключение договора на оказание платных медицинских услуг в
соответствии с требованиями п.1 ст.26 Гражданского кодекса Российской Федерации, даю
собственные финансовые средства и осознаю свою дополнительную ответственность по
обязательствам _____
(Ф.И.О. ребенка)

возникшим на основе совершенных им сделок.

1. Приложение: Копия паспорта или иного правоустанавливающего
документа _____
(Ф.И.О.законного представителя)

_____ « _____ » _____ Г.
(подпись) (дата)

**!!! Обращаем Ваше внимание, что необходимо приложить копию паспорта главной
страницы и страницы с информацией о ребенке.**

Или иного правоустанавливающего документа, где указана информация о ребенке.

**Акционерное общество
«ИНСТИТУТ МЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ»**
Российская Федерация, 121609, г.Москва, ул.Крылатские Холмы, д.3, к.2
Телефон: (495) 742-4498, (495) 646-0437; Факс: (495) 415-7404
ИНН/КПП 7732100800/773101001

www.biocyte.ru

inmedtec@mail.ru

**СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ
Акционерному обществу
«ИНСТИТУТ МЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ»**

Я, _____ (Ф.И.О. полностью)
проживающий по адресу: _____

Паспорт: серия и номер _____
выдан _____
дата: _____

Ребенок: _____ (Ф.И.О. полностью)
Дата рождения ребенка: « ____ » _____ года

в соответствии с требованиями Ст. 9 ФЗ от 27.07.06 г. "О персональных данных" № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку в АО «ИНСТИТУТ МЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ» (далее – Оператор) моих и моего ребенка персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, паспортные данные (серия, номер, кем и когда выдан паспорт), адрес проживания, контактный(ые) телефон(ы), адреса электронной почты, данные о состоянии моего здоровья и здоровья моего ребенка (о перенесенных 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 или моему ребенку медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, передавать мои персональные данные и персональные данные моего ребенка, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего или моего ребёнка, обследования и лечения.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными и персональными данными моего ребенка, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные и персональные данные моего ребенка, посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных в органы здравоохранения, Роспотребнадзора, Росздравнадзора, Росстата, регистрирующие организации МВД.

Оператор имеет право, во исполнение своих обязательств по работе с организациями и с третьими лицами, в случае оплаты этими организациями или третьими лицами, оказанных мне или моему ребенку медицинских услуг, на обмен (прием и передачу) моими персональными данными и персональными данными моего ребенка с этими организациями и третьими лицами, 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 и персональных данных моего ребенка, соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет. Передача моих персональных данных и персональных данных моего ребенка иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

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 оплате, оказанной мне до этого, медицинской помощи.

Дата: « ____ » _____ 20 ____ г.

Подпись: _____

**Добровольное информированное согласие на оказание платных медицинских услуг
(на медицинское вмешательство)**

Я _____ года рождения,
паспорт: _____,

зарегистрирован (ая) по адресу: _____,

(строки ниже заполняются в случае, когда согласие подписывает законный представитель ребенка или недееспособного лица)
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным: _____

(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина - полностью, год рождения)

в рамках договора об оказании платных медицинских услуг, желаю получить платные медицинские услуги в АО «Институт медицинских технологий» далее АО «ИМТ», при этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

- Я, получив от сотрудников АО «ИМТ» полную информацию о возможности и условиях предоставления медицинских услуг, даю свое согласие на оказание платных медицинских услуг и готов их оплатить лично либо иным законным способом;

- Я согласен(а) 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, АО «ИМТ» не несет ответственности за их возникновение.

- Мне, согласно моей воле, даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях заболевания (здоровья представляемого);

- Я ознакомлен(а) с распорядком и правилами лечебно-охранительного режима, установленного в АО «ИМТ» и обязуюсь их соблюдать;

- Добровольно даю свое согласие на проведение мне (или представляемому), в соответствии с назначениями врача, диагностических исследований: анализа крови общего и биохимического, исследований крови на наличие вируса иммунодефицита человека, вирусных гепатитов, бледной трепонемы, анализа мочи общего, электрокардиографии, проведения рентгеновских, ультразвуковых и эндоскопических исследований и лечебных мероприятий: диагностических и лечебных пункций, назначение и прием таблетированных препаратов, инъекций, внутривенных вливаний, в том числе препаратами вне инструкции- по торговым наименованиям, по показаниям и иным параметрам (доза, способ введения), не упомянутым в инструкции по применению, не входящими в соответствующий стандарт медицинской помощи;

- Я информирован(а) о целях, характере и неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, а также о том, что предстоит мне (представляемому) делать во время их проведения;

- Я извещен(а) о том, что мне (или представляемому) необходимо регулярно принимать назначенные препараты и другие методы лечения, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых, не прописанных лекарств;

- Я предупрежден(а) и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья;

- Я поставил(а) 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, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на представляемого во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

- Я согласен(а) на осмотр другими медицинскими работниками исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны;

- Я согласен(а) что все посещения врача для проведения указанного в настоящем ИДС медицинского вмешательства, регулируются настоящим документом, начиная с момента его подписания мной, и получения от меня дополнительного согласия при каждом посещении врача не требуется;

- Я ознакомлен(а) и согласен(а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на обследование и лечение в предложенном объеме;

- Мною добровольно, без какого-либо принуждения и по согласованию с врачом выбраны медицинские и иные услуги, которые я хочу получить в АО «ИМТ»;

- Виды выбранных платных медицинских услуг согласованы с врачом и я даю свое согласие на их оплату в кассу, по безналичному перечислению или иным способом в соответствии с утвержденным Прейскурантом.

- Я ознакомлен(а) с действующим прейскурантом, согласен оплатить лично или иным законным способом стоимость указанной медицинской услуги в соответствии с ним;

- Я проинформирован(а), что по поводу заболевания могу получить медицинскую помощь в других лечебных учреждениях, и подтверждаю свое согласие на получение указанной медицинской услуги в АО «ИМТ».

- Настоящее согласие мною прочитано, я полностью понимаю преимущества предложенных мне видов медицинских услуг и даю согласие на их применение.

- Разрешаю, в случае необходимости, предоставить подтверждающую информацию о диагнозе, степени и характере заболевания моим родственникам, законным представителям, гражданам, прессе, сайте интернета исключительно для целей обследования и лечения.

" _____ " _____ 20__ года.

Расписался в моем присутствии:

Врач _____ (_____)

Подпись пациента/законного представителя