**Договор на оказание платных медицинских услуг № \_\_\_\_**

г. Санкт-Петербург «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_201\_ г.

Общество с ограниченной ответственностью «Консультативно-диагностический Центр 78» (ООО «КдЦ 78»), зарегистрированное Межрайонной инспекцией ФНС № 15 по Санкт-Петербургу 07.03.2018 г. за ОГРН 1187847060092, ИНН 7814722270, действующее в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности № ЛО-78-01-009489 от 25.12.2018 г., выданной Комитетом по здравоохранению Санкт-Петербурга (далее – Лицензия), именуемое в дальнейшем «**Исполнитель**», в лице генерального директора Сахарова Дмитрия Николаевича, действующего на основании устава с одной стороны и гражданин(ка) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

зарегистрированный по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, тел. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,именуемый(ая) в дальнейшем **«Потребитель»**, с другой стороны, а вместе, именуемые «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. **Предмет договора**
   1. По настоящему договору Исполнитель принимает на себя обязательство оказать Потребителю платные медицинские услуги, отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ, согласно Приложения №1 (далее – медицинские услуги), а Потребитель обязуется оплатить их в порядке, предусмотренном настоящим договором.
   2. Перечень и сроки предоставления медицинских услуг определяются Исполнителем и согласовывается с Потребителем в соответствии с его медицинскими показаниями с учетом особенностей здоровья, организма и состояния Потребителя, хода проведения услуг.
   3. Медицинские услуги предоставляются Потребителю согласно режиму работы Исполнителя по месту его нахождения по адресу: 194044, Санкт-Петербург, ул. Менделеевская, д. 2, литер А, пом. 4-Н.
   4. Предоставление медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется при наличии информированного добровольного согласия Потребителя, данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан (Приложение № 2).
   5. Потребитель подтверждает, что на момент подписания настоящего договора Исполнитель:

* ознакомил его с действующим в медицинской организации Прейскурантом цен на медицинские услуги, Правилами предоставления платных медицинских услуг, утв. Постановлением Правительства РФ от 04.10.2012 № 1006;
* уведомил его о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя, в т.ч. назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность её завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя.

1. **Права и обязанности Сторон**
   1. **Потребитель имеет право:**
      1. Получать информацию о стоимости медицинских услуг, о порядке оказания медицинской помощи и стандартах медицинской помощи, о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах оказания медицинской помощи, о специалистах Исполнителя (их профессиональном образовании и квалификации).
      2. Выбрать день и время визита в соответствии с графиком работы Исполнителя и с учетом занятости времени персонала Исполнителя.
      3. Отказаться от получения медицинских услуг по договору, предоставив Исполнителю письменный отказ от медицинского вмешательства (или потребовать его прекращения) в порядке, предусмотренном ст. 20 Федерального закона №ФЗ-323 от 21.11.2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
   2. **Потребитель обязуется:**
      1. Оплатить предоставленные Исполнителем медицинские услуги в порядке, определенном разделом 3 настоящего договора.
      2. Предоставить Исполнителю 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 оказания медицинской услуги.
      3. Выполнять требования, обеспечивающие качественное предоставление медицинских услуг, в том числе: соблюдать все медицинские предписания, назначения, рекомендации специалистов, оказывающих медицинские услуги по настоящему договору.

Несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя.

* + 1. Сообщать обо всех изменениях в состоянии своего здоровья в процессе получения медицинских услуг или после их окончания.
    2. Не осуществлять самостоятельного лечения, согласовывать с Исполнителем употребление любых терапевтических препаратов, лекарств, лекарственных трав и т. д.
    3. Предоставить Исполнителю согласие на обработку своих персональных данных по форме установленной Исполнителем.
    4. Самостоятельно ознакомиться с требованиями подготовки к лабораторным исследованиям и иным процедурам до сдачи биоматериала и соблюдать данные требования.
  1. **Исполнитель имеет право:** 
     1. Определять длительность и объем медицинских услуг, назначать конкретных исполнителей.
     2. На свободное формирование цен на медицинские услуги в соответствии с действующими нормативными документами и условиями рынка медицинских услуг.
     3. Направлять Потребителя в медицинские организации или привлекать для консультаций специалистов из них для проведения дополнительных методов исследования, которые осуществляются за отдельную плату.
     4. В случае возникновения неотложных состояний, угрожающих жизни пациента, самостоятельно определять объем исследований, медицинских вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи, в т.ч. не предусмотренных настоящим договором.
     5. Отложить или отменить оказание медицинской услуги Потребителю, предварительно уведомив его об этом, в случаях:

- при наличии медицинских противопоказаний, либо при заведомой невозможности достичь результата лечения, обнаруженной в ходе оказания медицинской услуги;

- при нарушении Потребителем обязательств действующего законодательства РФ, условий настоящего договора, неисполнения Потребителем медицинских предписаний.

2.3.6. Требовать от Потребителя соблюдения [Правил](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=PAP&n=75190) оказания платных медицинских услуг.

* 1. **Исполнитель обязуется:**
     1. Оказать Потребителю медицинские услуги надлежащего объема и качества в соответствии с условиями настоящего договора.
     2. Информировать Потребителя в доступной форме о стоимости, сроках и условиях оказания медицинских услуг, специалистах Исполнителя (уровне их образования и квалификации), о состоянии здоровья Потребителя, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске и о возможности возникновения осложнений при оказании медицинских услуг; возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах; а также об используемых при предоставлении услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях.
     3. Обеспечить соответствие оказываемых услуг требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации.
     4. Вести всю необходимую медицинскую документацию, в установленном действующим законодательством РФ порядке.
     5. Немедленно извещать Потребителя о невозможности оказания необходимой медицинской услуги по настоящему договору, либо о возникших обстоятельствах, которые могут привести к сокращению или увеличению объема оказания медицинских услуг, что оформляется дополнительным соглашением, являющимся неотъемлемой частью настоящего договора.
     6. Соблюдать врачебную тайну и конфиденциальность всей информации, касающейся здоровья Потребителя.

1. **Стоимость услуг и порядок расчетов**
   1. Стоимость платных медицинских услуг по настоящему договору определена в соответствии с прейскурантом Исполнителя, действующим на момент заключения настоящего Договора и составляет\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) рублей.
   2. Оплата медицинских услуг по настоящему договору осуществляется Потребителем в размере 100 % предоплаты до начала оказания услуг путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя или по безналичному расчету путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя. Потребителю предоставляется документ, подтверждающий произведенную оплату медицинских услуг (контрольно-кассовый чек либо иной расчетный документ, оформленный в соответствии с требованиями законодательства).
   3. Датой оплаты считается день зачисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя или день внесения денежных средств в кассу Исполнителя.

3.4. При возникновении необходимости оказания дополнительных услуг по результатам обследования и лечения, стоимость услуг может быть изменена Исполнителем с согласия Потребителя путем подписания дополнительного соглашения, которое является неотъемлемой частью настоящего договора. Без согласия Потребителя, Исполнитель не имеет права предоставлять дополнительные платные медицинские услуги по настоящему договору.

3.4.1. В случае заключения дополнительного соглашения на предоставление дополнительных медицинских услуг, их стоимость определяется по прейскуранту, действующему на момент заключения дополнительного соглашения.

3.5. Окончательный расчет производится в день выписки Потребителя при завершении оказания медицинских услуг.

1. **Ответственность сторон**

4.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору, стороны несут ответственность в порядке, предусмотренном действующим законодательством РФ.

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

4.2. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение платной медицинской услуги, если при той степени заботливости и осмотрительности какая требовалась от медицинского персонала, были приняты все меры для надлежащего исполнения обязательств.

4.3. Ответственность Исполнителя не наступает в том случае, если:

- неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего договора, причиной которого стало нарушение Потребителем условий настоящего договора;

- в случае осложнений и побочных эффектов, связанных с биологическими особенностями организма Потребителя;

- в  случаях,  если  Потребитель  не  проинформировал  Исполнителя  о перенесенных  заболеваниях, известных  ему  аллергических  реакциях, противопоказаниях;

- в случаях возникновения осложнений по вине Потребителя, в т.ч. явившихся результатом обращения в другую клинику, за последствия, возникшие в результате невыполнения рекомендаций и требований специалиста, оказывающего медицинские услуги; несвоевременное сообщение о возникших нарушениях и недостатках или вследствие других, независящих от качества выполненной Исполнителем работы, причин;

- возникновения аллергической реакции и/или непереносимости препаратов и материалов, разрешенных к применению в практике и ранее не вызывавших аналогичных реакций у Потребителя;

- при досрочном прекращении согласованных медицинских услуг по вине Потребителя.

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

1. **Порядок разрешения споров**

5.1. Все споры по настоящему договору разрешаются сторонами в соответствии с действующим законодательством РФ.

5.2. Все претензии по недостаткам медицинских услуг по настоящему договору принимаются Исполнителем в процессе их оказания.

**6.** **Порядок изменения и расторжения договора**

6.1. Все изменения и дополнения к договору считаются действительными, если они оформлены в письменном виде и подписаны надлежащими уполномоченными представителями сторон.

6.2. Настоящий договор может быть изменен, либо досрочно прекращен по обоюдному согласию сторон.

6.3. Настоящий договор может быть досрочно прекращен в одностороннем порядке:

- по инициативе Потребителя до момента начала оказания медицинских услуг при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных им расходов, до истечения срока окончания договора при условии полной оплаты Исполнителю ранее фактически полученных услуг;

- в случае невыполнения одной из сторон обязательств по настоящему договору;

- в случае прекращения деятельности, ликвидации или реорганизации Исполнителя;

- в случае наступления форс-мажорных обстоятельств.

1. **Заключительные положения**

7.1. Во всем остальном, что не предусмотрено настоящим договором, стороны руководствуются действующим законодательством Российской Федерации.

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

* 1. Договор вступает в силу с момента подписания его сторонами и действует до фактического выполнения обязательств, принятых  сторонами  по  настоящему  договору.
  2. Стороны обязуются незамедлительно уведомлять друг друга о любых изменениях в указанных ниже реквизитах.
  3. Потребитель настоящим подтверждает, что он ознакомился с Правилами оказания платных медицинских услуг в медицинской организации Исполнителя и обязуется соблюдать их.
  4. Потребитель дает свое согласие на получение рекламной информации об акциях и специальных предложениях центра путем рассылки электронных писем и SMS-сообщений.
  5. Потребитель дает свое согласие на то, что Исполнитель привлекает третьих лиц к исполнению сторонами своих обязанностей по настоящему договору в части выполнения лабораторных исследований.
  6. Потребитель дает свое согласие на получение результатов медицинских исследований (за исключением исследования на ВИЧ) в форме электронного документа посредством электронной почты: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.
     1. Потребитель проинформирован о том, что электронная почта не является защищенным каналом связи для передачи информации и принимает на себя ответственность и все риски, связанные с несанкционированным доступом к своему почтовому ящику третьих лиц, а равно к своим персональным данным, сведениям, составляющим врачебную тайну, и утечку информации.

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

(подпись) (ФИО пациента)

* 1. В соответствии со ст. 160 Гражданского кодекса Российской Федерации, стороны договорились, что при заключении настоящего договора Исполнитель вправе использовать факсимиле воспроизведения подписи с помощью средств механического или иного копирования.

1. **Адреса и реквизиты сторон**

|  |  |
| --- | --- |
| **Исполнитель** | **Потребитель** |
| **ООО «КдЦ 78»**  Юридический адрес: 197374, Санкт-Петербург, ул. Савушкина, д. 143, корп. 1, кв. 282  Фактический адрес: 194044, г. Санкт-Петербург, ул. Менделеевская, д. 2, литер А  ИНН /КПП 7814722270/781401001  ОГРН 1187847060092  ОКПО 27020373  Р/с 40702810255000009816  К/с 30101810500000000653  БИК 044030653  Банк: СЕВЕРО-ЗАПАДНЫЙ БАНК  ПАО СБЕРБАНК  Генеральный директор  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/Сахаров Д.Н./  М.П. | гр. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  паспорт: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_г.,  зарегистрированный(ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  тел.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Приложение № 1

к договору **на оказание платных медицинских услуг**

от «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г. № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Перечень предоставляемых медицинских услуг в ООО «КдЦ 78»**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| №  п№ п/п | Наименование услуги | Количество | Цена по прейскуранту  (в рублях) | Срок исполнения, дата | Итого сумма к оплате  (в рублях) |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Исполнитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Потребитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

м.п.

Приложение № 2

к договору **на оказание платных медицинских услуг**

от «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г. № \_\_\_\_\_\_\_

**Информированное добровольное согласие**

**на медицинское вмешательство и лечение в ООО «КдЦ 78»**

Я,

(Ф.И.О. пациента или его законного представителя)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| “ |  | ” |  |  |  | г. рождения, зарегистрированный(ая) по адресу: |

(адрес места жительства пациента либо его законного представителя)

подтверждаю, что в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в соответствии с моей волей, в доступной для меня форме, проинформирован(а) о состоянии своего здоровья или здоровья

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. пациента)

представляемого мной на основании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование и реквизиты правоустанавливающего документа, кем и когда выдан)

обращаюсь в Общество с ограниченной ответственностью «Консультативно-диагностический Центр 78» для проведения консультации, диагностики, обследования и лечения имеющихся у меня (представляемого) заболеваний.

Мне в доступной для меня форме разъяснены 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, возможность получения аналогичных медицинских услуг в других медицинских организациях на иных условиях.

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 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Мне согласно моей воли даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания (здоровья представляемого).

Я ознакомлен(а) с режимом работы центра, графиком работы, уровнем образования и квалификации медицинских работников центра, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, видами, условиями и формой предоставления медицинской помощи, порядком ее оплаты, используемыми при предоставлении медицинских услуг лекарственными препаратами и медицинскими изделиями, о сроках их годности, показаниями (противопоказаниями) к применению, правилами оказания платных медицинских услуг в центре и обязуюсь их соблюдать.

Добровольно даю свое 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 23.04.2012 г. № 390н, для получения (нужное подчеркнуть):

- первичной медико-санитарной помощи;

- первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь в Обществе с ограниченной ответственностью «Консультативно-диагностический Центр 78». Необходимость других методов обследования и лечения будет мне разъяснена дополнительно.

Я понимаю, что в ходе выполнения указанных выше медицинских вмешательств, а также в случае необходимости оказания мне медицинской помощи по экстренным показаниям, может возникнуть необходимость проведения другого обследования или других манипуляций, не включенных в Перечень определённых видов медицинских вмешательств, и даю согласие на их проведение.

Я информирован(а) о целях, характере и неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также о том, что предстоит мне (представляемому) делать во время их проведения.

Мне до заключения договора на оказание платных медицинских услуг (при подписании настоящего информированного добровольного согласия) разъяснено, что мне необходимо уведомить медицинский персонал ООО «КдЦ 78» обо всех проблемах, связанных с моим здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною травмах, операциях, заболеваниях, о принимаемых лекарственных средствах, сведения о наследственности, о фактах употребления алкоголя, наркотических и токсических средств, а также что несоблюдение указаний (рекомендаций) лечащего врача (его коллег), в том числе назначенного режима лечения и приема лекарственных препаратов, могут снизить качество предоставляемой по договору медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на моем состоянии здоровья.

Я извещен(а) о том, что мне (представляемому) необходимо регулярно принимать назначенные лекарственные препараты и выполнять иные методы лечения, немедленно сообщать лечащему врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с лечащим врачом прием любых, не прописанных лекарств.

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», я разрешаю сведения о моем здоровье /состоянии здоровья, в том числе сведения о результатах медицинского обследования, наличии заболевания, об установленном диагнозе и о прогнозе развития заболевания лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), составляющие врачебную тайну, передавать следующим лицам:

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

Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и своей подписью добровольно выражаю свое согласие на обследование и лечение в предложенном объеме и привлечение любого медицинского работника, участие которого в моем лечении будет необходимо для получения наилучшего результата.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| (подпись) |  | (Ф.И.О. пациента или законного представителя пациента) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| (подпись) |  | (Ф.И.О. медицинского работника) |

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_ г.