

Общество с ограниченной ответственностью «СКИН КЛИНИК» уведомляет

Потребителя _____

о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинской организации (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 «Пациента».

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

Потребитель _____ / _____ (расшифровка подписи) _____ 20 г.

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 программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;
 - о Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи Волгоградской области;
 - о ближайшей поликлинике, предоставляющей аналогичные услуги по системе ОМС.
 - о порядках оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи, применяемые при предоставлении платных косметологических услуг;
 - о Правилах предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг утв. постановлением Правительства РФ от 11 мая 2023 г. N 736);
 - о методах оказания медицинской помощи связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;
 - о враче-косметологе, оказывающем косметологическую 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 моих персональных данных ООО «СКИН КЛИНИК»;
 - о местонахождении, режиме работы, Исполнителя, графике работы медицинских работников, участвующих в предоставлении платных косметологических услуг;
 - адреса и телефоны органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан, территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека
- Территориальный орган Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по Волгоградской области находится по адресу: г. Волгоград, улица Советская 5.

_____/ФИО, подпись, дата

Договор возмездного оказания медицинских услуг № _____

г. Волгоград _____

г.

1. Общество с ограниченной ответственностью «СКИН КЛИНИК», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице директора Савельевой Юлии Александровны, действующей на основании устава с одной стороны и гр.

_____ физ. лицо, или законный представитель, именуемый(ая) в дальнейшем «Потребитель»

_____ в отношении (ребенка до 16 лет), с другой стороны,

заключили настоящий договор о нижеследующем: СВЕДЕНИЯ О СТОРОНАХ ДОГОВОРА

1.1. Сведения об Исполнителе:

1.1.1. Наименование и фирменное наименование: Общество с ограниченной ответственностью «СКИН КЛИНИК»

1.1.2. Адрес места нахождения: 400001, Волгоградская область, г. Волгоград, ул. Пугачевская, д. 5Г, помещение 1015;

1.1.3. Адрес места оказания медицинских услуг: 400001, Волгоградская область, г. Волгоград, ул. Пугачевская, д. 5Г, помещение 1015; 1.1.4. Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц, с указанием органа, осуществляющего государственную регистрацию: Запись о создании юридического лица в Листе записи Единого государственного реестра юридических лиц ОГРН 1213400009734 от 06.10.2021г.

1.1.5. Номер лицензии на осуществление Исполнителем медицинской деятельности, с указанием перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензией, наименование, адрес места нахождения и телефон выдавшего ее лицензирующего органа: Лицензии на осуществление медицинской деятельности № Л041-01146-34/00282966 от 18.05.2022г., выданной Комитет здравоохранения Волгоградской области, находящегося по адресу: г. Волгоград Туркменская ул., 6, микрорайон Тулака, Согласно Выписке из реестра лицензий медицинская организация осуществляет следующие виды медицинской деятельности – при оказании первичной в том числе доврачебной, врачебной и специализированной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги):

- при оказании первичной доврачебной медико-санаторной помощи в амбулаторных условиях по: сестринскому делу в косметологии.

- при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: косметологии

Срок действия - бессрочно.

Выписка из реестра лицензий находится в доступной форме на информационных стендах медицинской организации по адресу: 400001, Волгоградская область, г. Волгоград, ул. Пугачевская, д. 5Г, помещение 1015;

1.2. Сведения о Потребителе:

1.2.1. Фамилия, имя и отчество, адрес места жительства и телефон Потребителя

1.3. Сведения о Потребителе:

1.3.1. Фамилия, имя и отчество, адрес места жительства и телефон

Потребителя _____

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА.

1.1. «Исполнитель» обязуется оказать «Потребителю» с его добровольного информированного согласия платные медицинские услуги, указанные в Дополнительном соглашении об объеме и условиях оказываемых платных медицинских услуг являющемся неотъемлемой частью настоящего договора и содержащем перечень оказываемых медицинских услуг и их стоимость, согласно утвержденному «Исполнителем», и действующему на момент заключения Договора, прейскуранту, а «Потребитель» обязуется принять и оплатить их в соответствии с настоящим Договором.

1.1.1 «Исполнитель» обязуется оз

накопить «Потребителя» с приложениями, необходимыми для заключения договора возмездного оказания медицинских услуг, являющимися неотъемлемой частью настоящего договора:

Приложение №1- Согласие на обработку персональных данных ;

Приложение №2- Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи.

Приложение №3- Анкета состояния здоровья пациента

Приложение № 4-Дополнительное соглашение об объеме и условиях оказываемых платных медицинских услуг к Договору об оказании платных медицинских услуг

Приложение №5- Заключение к проводимой консультации и диагностике. План лечения

Приложение №6 Акт выполненных медицинских услуг

1.2. Объем и срок оказания медицинских услуг определяется врачом индивидуально после обследования «Потребителя» и по согласованию с ним.

1.3. Потребитель согласен на подписание настоящего Договора и иных документов во исполнение него со стороны ООО «СКИН КЛИНИК» посредством факсимильного воспроизведения подписи руководителя.

2. УСЛОВИЯ И ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ УСЛУГ.

2.1. «Исполнитель» оказывает услуги по настоящему Договору в помещении по адресу: 400001, Волгоградская область, г. Волгоград, ул. Пугачевская, д. 5Г, помещение 1015

2.2. «Исполнитель» оказывает услуги по настоящему Договору в дни и часы работы, которые устанавливаются администрацией и доводятся до сведения «Потребителя».

2.3. Предоставление услуг по настоящему Договору происходит в порядке предварительной записи «Потребителя» на прием. Предварительная запись на прием осуществляется через администратора «Исполнителя» посредством телефонной связи.

Телефон администратора: 8-927-540-00-45. В особых случаях (необходимость получения неотложной помощи) услуги могут предоставляться «Потребителю» без предварительной записи и/или вне установленной очереди.

2.4. Платные медицинские услуги предоставляются «Исполнителем» на основании перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность и указанных в лицензии на осуществление медицинской деятельности, выданной в установленном порядке. Лицензия на осуществление медицинской деятельности выданную Комитетом здравоохранения Волгоградской области (№ ЛО 41-01146-34/00282966), в соответствии с которой организуются и выполняются работы (услуги).

2.5. Платные медицинские услуги предоставляются с соблюдением действующих стандартов, порядков оказания медицинской помощи и клинических рекомендаций, утвержденных Министерством здравоохранения РФ.

2.6. Платные медицинские услуги могут предоставляться в полном объеме стандарта медицинской помощи, утвержденного Министерством здравоохранения РФ, либо по просьбе потребителя в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

2.7. «Исполнитель» медицинской услуги обязан информировать «Потребителя» о том, что возможные осложнения при оказании платной медицинской услуги, могут быть обусловлены биологическими особенностями организма, и используемая технология оказания медицинской помощи не может полностью исключить их вероятность. «Исполнитель» не несет ответственность за наступление осложнений, если медицинская услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований.

2.8. Медицинская услуга(и) оказывается медицинским работником.

3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН.

3.1. Исполнитель обязуется:

3.1.1. Предоставить Потребителю достоверную информацию об оказываемых медицинских услугах, диагностике, эффективности методов лечения, используемых лекарственных препаратах и о медицинских изделиях, изложенную в Информированном добровольном согласии на данную медицинскую услугу.

3.1.2. Обеспечить применение только разрешенных к применению в РФ иммунобиологических средств, лекарственных препаратов, косметологических средств, медицинских изделий, дезинфекционных средств.

3.1.3. Оказывать медицинские услуги в соответствии с требованиями, предъявляемыми к порядку оказания медицинских услуг, к методам диагностики, профилактики и лечения, действующими стандартами лечения, разрешенными на территории Российской Федерации, и клиническими рекомендациями.

3.1.4. Соблюдать врачебную тайну и конфиденциальность персональных данных.

3.1.5. Обеспечить надлежащее качество оказанных медицинских услуг, при этом под качеством медицинской услуги понимается характеристика медицинской услуги, свидетельствующая о наличии в услуге потребительских свойств, которые соответствуют нуждам Потребителя и потенциально способны удовлетворить эти нужды непосредственно в момент ее оказания или в прогнозируемый временной период ее окончания. Под надлежащим качеством услуги следует понимать наличие в совокупности трех условий:

1. Потребителю правильно поставлен диагноз или правильно выявлена потребность в медицинской услуге.

2. Исполнителем правильно выбрана медицинская технология, соответствующая диагнозу (или потребности Потребителя), с учетом иных значимых медицинских обстоятельств (сопутствующие заболевания потребителя), с учетом иных значимых медицинских обстоятельств (сопутствующие заболевания, аллергические реакции и т.д.) и финансовыми возможностями Потребителя.

3. Медицинская технология выполнена с соблюдением обычно предъявляемых к ней требований.

3.1.6. Предупредить Потребителя в случае, если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных в Договоре. Исполнитель предоставляет дополнительные услуги только с согласия Потребителя. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуются предоставление дополнительных услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни, при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

3.1.7. Обеспечить Потребителя информацией, включающей в себя сведения о месте оказания услуг, режиме работы, перечне платных медицинских услуг с указанием их стоимости, об условиях предоставления и получения этих услуг, а также сведения о квалификации и аккредитации специалистов.

3.2. Исполнитель вправе:

3.2.1. Отказать в проведении лечебно-диагностических мероприятий в случае невыполнения Потребителем требований лечащего врача и условий настоящего договора.

3.2.2. При выявлении у Потребителя противопоказаний к проведению лечебно-диагностических мероприятий, отказать ему в проведении соответствующих лечебно-диагностических мероприятий и вернуть денежные средства, уплаченные для проведения этих мероприятий, удержав расходы, понесенные Исполнителем до выявления таких противопоказаний.

3.2.3. Самостоятельно определять выбор медицинских технологий (набор медицинских услуг), исходя из клинической ситуации.

3.2.4. В случае непредвиденного отсутствия лечащего врача в день назначенного приема по согласованию с Потребителем направить последнего к другому специалисту соответствующего профиля и квалификации.

3.2.5. Осуществлять сбор, обработку, систематизацию, хранение биометрических персональных данных Потребителя путем осуществления фото-, видео-, аудио- фиксации порядка оказания медицинской услуги с целью анализа порядка, качества и динамики результата, оказываемой медицинской услуги, а также с целью последующего улучшения качества оказания соответствующей медицинской услуги.

3.3. Потребитель обязуется:

3.3.1. Предоставить необходимую для исполнителя информацию о состоянии своего здоровья: О перенесенных и имеющихся заболеваниях (острых, хронических), операциях, травмах; о проведенных ранее обследованиях и лечении; об аллергических реакциях; о принимаемых лекарственных препаратах, БАДах; о беременности и лактации; об иных значимых медицинских обстоятельствах, которые могут сказаться на качестве оказываемых Исполнителем услуг и постановки диагноза.

3.3.2. Ознакомиться и подписать все необходимые документы об информированном добровольном согласии на проведение лечебно-диагностических мероприятий, являющихся предметом настоящего договора.

3.3.3. Соблюдать все требования, установленные у «Исполнителя», в том числе неукоснительно выполнять все медицинские рекомендации и назначения лечащего врача, включая рекомендации по режиму труда и отдыха во время прохождения курса лечения и после него (статья 27 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»).

3.3.4. При ухудшении самочувствия после проведения процедур, явиться на медицинский осмотр в ООО «СКИН КЛИНИК», не прибегая к помощи специалистов других медицинских учреждений. В случае вмешательства других медицинских учреждений на любой стадии лечения, ООО «СКИН КЛИНИК» не несет ответственности за его конечный результат.

3.3.5. Заблаговременно информировать Исполнителя о необходимости отмены или изменения назначенного ему времени получения медицинской услуги.

3.3.6. Оплатить услуги Исполнителя на условиях настоящего договора в соответствии с прейскурантом

3.4. Потребитель имеет право:

3.4.1. На получение полной информации о результатах обследования, наличии заболевания, диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанных с ними рисках, возможных вариантах медицинского вмешательства и результатах проведенного лечения. Данная информация может быть получена как в ходе консультации, так и в виде выписки из медицинской документации, полученной Заказчиком по его требованию, так и по информации на стенде уголка потребителей.

3.4.2. В любой момент отказаться от дальнейшего оказания медицинских услуг, подписав при этом Добровольный отказ от медицинского вмешательства, в котором указаны все последствия принимаемого решения. В случае отказа, Заказчик обязан оплатить Исполнителю все фактически понесенные расходы.

3.4.3. Выбрать лечащего врача с учетом возможностей Исполнителя и согласия врача. Заказчик соглашается с тем, что специальные виды лечения и диагностики будут осуществляться соответствующими специалистами Исполнителя.

3.4.4. На уважительное и гуманное отношение со стороны медицинского персонала.

3.4.5. Проведение по просьбе Заказчика консилиума и консультации других специалистов Исполнителя.

3.4.6. На сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при обследовании и лечении, кроме случаев, предусмотренных Законом.

3.4.7. На обращение по вопросам, связанным с оказанием медицинских услуг в ООО "СКИН КЛИНИК", в устной или письменной форме по адресу: 400001, Волгоградская обл., г.Волгоград, ул. Пугачевская, д. 5 Р, помещение 1015, или по средством электронной почты: skinclinic34@yandex.ru, а так же в контролирующие государственные органы власти, контакты которых представлены на стенде клиники.

4. СТОИМОСТЬ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ, ПОРЯДОК И СРОКИ ИХ ОПЛАТЫ.

4.1. Стоимость медицинской услуги указана в Заказе, содержащем перечень оказываемых медицинских услуг, их стоимость согласно утвержденному «Исполнителем» прейскуранту, являющемся неотъемлемой частью настоящего договора. «Заказчик» подтверждает, что денежные средства за вышеуказанную медицинскую услугу вносит добровольно.

4.2. Оплата медицинской услуги производится на условиях расчетный счет Исполнителя либо наличными денежными средствами путем оформления квитанции по форме, утвержденной в соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 6 мая 2008 г. № 359 или через материально-ответственных лиц, с которыми заключены договоры по принятию оплаты за медицинские услуги (нужное подчеркнуть), с предъявлением «Исполнителю» документа, подтверждающего произведенную оплату.

4.3. Стоимость медицинских услуг определяется на основании прейскуранта с учетом всех видов расходов, связанных с предоставлением этих услуг.

4.4. Рекомендующие исполнителем дополнительно необходимые медикаменты, а также изделия медицинского назначения приобретаются «Заказчиком» в добровольном порядке за счет собственных средств. Впоследствии предъявления претензий «Заказчиком» по возмещению расходов с «Исполнителя» не допускаются.

4.5. Стоимость предоставляемых платных медицинских услуг устанавливается на основании прейскуранта стоимости платных медицинских услуг (тарифов), утвержденных руководителем данного учреждения.

4.6. В случае возникновения необходимости в дополнительных объемах услуг окончательный расчет производится по фактически предоставленным объемам услуг на основании дополнительного письменного соглашения к настоящему договору.

4.7. Заказчик обязуется произвести оплату платных медицинских услуг в порядке 100% (сто процентов) после каждого приема путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя или по безналичному расчету путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя, в том числе с использованием банковских карт.

4.8. Стоимость услуг по данному договору является фиксированной на весь срок действия договора. За исключением изменения стоимости по соглашению сторон, заключенного в письменном виде и подписанного обеими сторонами.

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН.

5.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору «Исполнитель» и «Заказчик» несут ответственность, предусмотренную настоящим договором и действующим законодательством РФ.

5.2. «Исполнитель» освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязанностей по договору, если докажет, что это произошло вследствие непреодолимой силы, нарушения «Заказчиком» своих обязанностей или по другим основаниям, предусмотренным законодательством, каковыми являются:

5.2.1. Бездействие, ненадлежащее исполнение «Заказчиком» рекомендаций врача. Нарушение «Заказчиком» режима лечения, его уклонение, отказ, повлекшие ухудшение качества оказанных медицинских услуг.

5.2.2. Отсутствие вины (соблюдение необходимой степени заботливости и осмотрительности, (ст. 401 ГК РФ).

5.2.3. Предоставление «Заказчиком» недостоверной информации о своем заболевании, либо скрытие фактов имеющих хронических заболеваний (ст. 732 ГК РФ).

6. ИНФОРМАЦИЯ О ПРЕДОСТАВЛЯЕМОЙ МЕДИЦИНСКОЙ УСЛУГЕ, ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ.

6.1. Курс лечения проводит врач, имеющий сертификат специалиста, соответствующий оказываемой медицинской услуге и имеющий свидетельство об аккредитации.

6.2. Лечение не проводится, если у Заказчика имеются противопоказания в зависимости от вида требуемого лечения.

6.3. Заказчик осознает, что любое медицинское вмешательство сопряжено с известной долей риска, может вызвать отклонение самочувствия от нормы (болезненные ощущения, чувство дискомфорта), а также, что после проведенной процедуры для него могут наступить следующие возможные неблагоприятные последствия: наступление местных или общих аллергических реакций, образование гематом (синяков).

6.4. Заказчик предупрежден, что в течение 2-х недель после каждого сеанса не рекомендуется посещать сауны, активно заниматься спортом, делать массаж обработанного участка, принимать солнечные ванны, наносить на обработанные участки лица и тела воду в течение 4-х часов после проведенного сеанса.

6.5. Заказчик уведомлен «Исполнителем» и выражает свое согласие на выполнение «Исполнителем» п. 3.2.5 настоящего договора, в рамках оказания «Исполнителем» Заказчику медицинской услуги по настоящему договору.

7. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА.

7.1. Договор, может быть расторгнут по соглашению сторон и по другим основаниям, предусмотренным действующим законодательством РФ.

7.2. Изменение условия договора допускается только по соглашению сторон, которое должно быть оформлено в виде дополнительного соглашения, являющегося неотъемлемой частью заключенного договора.

8. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ.

8.1. Настоящий договор вступает в законную силу с момента его подписания и действует до полного исполнения Сторонами своих обязательств.

8.2. Претензии и споры, возникающие между «Заказчиком» и «Исполнителем», разрешаются по соглашению сторон с возможным привлечением независимых экспертов или в судебном порядке в соответствии с законодательством РФ.

8.3. Договор составлен в двух экземплярах, по одному для каждой из Сторон, имеющих равную юридическую силу.

8.4. Стороны признают равную юридическую силу собственноручной подписи директора и подписи лица, действующего на основании доверенности.

9. Адреса, реквизиты и подписи сторон.

Заказчик:

Физическое лицо _____

Дата рождения: _____

Паспорт: _____

Адрес регистрации: _____

Фактический адрес: _____

Телефон: _____

E-mail: _____

Исполнитель:

ООО «СКИН КЛИНИК»

Адрес: 400001, Волгоградская область,

г. Город – Герой Волгоград,

г. Волгоград, ул. Пугачевская, д. 5Г, помещение 1015

ИНН 3460081438; КПП 346001001;

ОГРН 1213400009734

БИК 046015207

Кор. счет 30101810500000000207

Р/сч 40702810326010006755

Банк ФИЛИАЛ "РОСТОВСКИЙ" АО "АЛЬФА-БАНК"

Заказчик _____ / Физическое лицо/

Исполнитель _____ Савельева Ю.А.

М.П.

от

Я, Физическое лицо, _____

Зарегистрированный(ая) по адресу _____

Паспорт _____

в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.2006г. «О персональных данных» № 152-ФЗ, подтверждаю (даю) свое согласие на обработку Обществом с ограниченной ответственностью «СКИН КЛИНИК», находящимся по адресу 400001, Волгоградская область, г. Волгоград, ул. Пугачевская, д. 5Г, помещение 1015, ИНН 3460081438, ОГРН 1213400009734 (далее - Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ДМС, страховой номер

индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, - в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, ответов на поступающие вопросы, претензии, контроля качества оказания медицинской помощи при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, в документальной и/или электронной форме следующим организациям: должностным лицам Оператора, «СКИН КЛИНИК», и другим организациям уполномоченным вести обработку моих персональных данных в интересах моего обследования и лечения.

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

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов - пять лет (для поликлиники).

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

Настоящее согласие дано мной _____ г.

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.

Контактный телефон(ы) _____

электронная почта _____

Подпись субъекта персональных данных _____



**Информированное добровольное согласие
на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые
граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения
первичной медико-санитарной помощи**

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)

« _____ » _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:
(дата рождения гражданина либо законного представителя)

_____ (адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

проживающий по адресу: _____
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)

« _____ » _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

_____ (в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств:

- Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
- Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование.
- Антропометрические исследования.
- Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций, органа слуха и слуховых функций.
- Исследование функций нервной системы.
- Лабораторные методы обследования.
- Функциональные методы обследования.
- Рентгенологические методы обследования.
- Введение лекарственных препаратов по назначению врача.
- Медицинский массаж, лечебная физкультура.

на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (далее — виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень)

В _____
ООО «СКИН КЛИНИК»
(полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником _____
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

в доступной для меня форме мне 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. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Сведения о выбранном выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья, в том числе после смерти:

_____ (подпись) _____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

_____ (подпись) _____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

« _____ » _____ г.
(дата оформления)

АНКЕТА

состояния здоровья пациента

Вы пользуетесь кардиостимулятором?	
Страдаете ли Вы повышением (понижением) артериального давления? Анемией? Имеются ли у Вас заболевания системы крови?	
Болеете ли вы ревматизмом, ревматическим поражением сердца, врожденными пороками сердца?	
Страдаете ли Вы сахарным диабетом?	
Имеются ли у Вас заболевания печени?	
Страдаете ли Вы заболеванием щитовидной железы?	
Страдаете ли Вы бронхиальной астмой?	
Бывают ли у Вас аллергические реакции на лекарственные препараты, продукты питания и др.? Если да, то указать какие.	
Страдаете ли вы венерическими заболеваниями, вирусом иммунодефицита человека (СПИД)?	
Для женщин: беременны ли Вы?	
Для женщин: кормите ли грудью?	
Имеете ли вы какие-либо другие серьезные сопутствующие заболевания или перенесенные операции?	
В случае контурной пластики носа: Вас устроит результат коррекции, который будет моментальным, но не долгим (6-24 месца)?	
Если выполняли, то когда последний раз ориентировочно контурную пластику или биоревитализацию?	
Если выполняли, то когда последний раз ориентировочно инъекции ботулотоксина?	
Регулярность обращения к косметологу (отметить галочкой)	<input type="checkbox"/> нерегулярно <input type="checkbox"/> 1 раз _____
Использование косметических методов (в нашем учреждении)	<input type="checkbox"/> химический пилинг <input type="checkbox"/> RF лифтинг <input type="checkbox"/> лазерные процедуры <input type="checkbox"/> плазмолифтинг <input type="checkbox"/> мезотерапия <input type="checkbox"/> мезонити(тред-лифтинг) <input type="checkbox"/> фотокосметология <input type="checkbox"/> контурная пластика <input type="checkbox"/> биоревитализация <input type="checkbox"/> инъекции БТА
Использование косметических методов (в других учреждениях)	<input type="checkbox"/> химический пилинг <input type="checkbox"/> RF лифтинг <input type="checkbox"/> лазерные процедуры <input type="checkbox"/> плазмолифтинг <input type="checkbox"/> мезотерапия <input type="checkbox"/> мезонити(тред-лифтинг) <input type="checkbox"/> фотокосметология <input type="checkbox"/> контурная пластика <input type="checkbox"/> биоревитализация <input type="checkbox"/> инъекции БТА
Используемые на лице косметические средства	
Частота загораения на солнце, в солярии	<input type="checkbox"/> часто <input type="checkbox"/> редко <input type="checkbox"/> никогда
Использование солнцезащитных средств	<input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> да _____

« _____ » _____ 20 _____ г.
(дата заполнения)

Ф.И.О. пациента _____

(подпись)

Дополнительное соглашение об объеме и условиях оказываемых платных медицинских услуг к Договору об оказании платных медицинских услуг № _____ от " _____ " _____ 20__ г.

г. Волгоград _____

_____ 20__ г.

Я, пациент _____, в рамках договора об оказании платных медицинских услуг, желаю получить платные медицинские услуги в ООО "СКИН КЛИНИК", при этом мне разъяснено мною осознано следующее:

1. Я, получив от сотрудников ООО "СКИН КЛИНИК" полную информацию о возможности и условиях предоставления мне бесплатных медицинских услуг ООО "СКИН КЛИНИК", в рамках программы получения бесплатной медицинской помощи, даю осознано свое согласие на оказание мне платных медицинских услуг и готов их оплатить.
2. Мне разъяснено, что я могу получить как один из видов платных медицинских услуг, так и несколько видов услуг.
3. Мне разъяснено и я осознал (а), что проводимое лечение мне не гарантирует 100% результат и что при проведении процедур и после нее, как в ближайшем, так и в отдельном периоде, возможны различные осложнения.
4. Я согласен с тем, что используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований ООО "СКИН КЛИНИК" не несет ответственности за их возникновение.
5. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен (на) исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей ООО "СКИН КЛИНИК".

Мною добровольно, без какого-либо принуждения и по согласованию с врачом ООО "СКИН КЛИНИК" _____

_____ выбраны следующие виды дополнительных медицинских услуг, которые я хочу полу

6. чить в ООО "СКИН КЛИНИК" и согласен (на) их оплатить:

Дата	Код Услуги	Услуга	Препарат/аппарат	Кол-во	Стоимость	Подпись пациента

7. Я ознакомлен с действующим прейскурантом и согласен оплатить стоимость указанной медицинской услуги в соответствии с ним.
8. Виды выбранных мною платных услуг согласованы с врачом, и я даю согласие на их оплату в кассу в ООО "СКИН КЛИНИК"
9. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст.6724; 2012, №26, ст. 3442, 3446).
10. Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) _____

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

11. Я проинформирован, что по поводу имеющегося у меня заболевания могу получить медицинскую помощь в других лечебных учреждениях, и подтверждаю свое согласие на получение указанной медицинской услуги в ООО "СКИН КЛИНИК".
12. Настоящее соглашение мною прочитано, я полностью понимаю преимущества предложенных мне видов медицинских услуг и даю согласие на их применение.

_____ " _____ " _____ 20__ г.

Должность

Подпись

(Ф.И.О. медицинского работника)

**Заключение к проводимой консультации и диагностике
План лечения**

Ф. И. О. клиента _____ Дата консультации _____

Ф. И. О. специалиста _____

Заключение (наиболее актуальные для клиента проблемы): _____

Задачи: _____

Выявленные противопоказания: _____

Рекомендации по курсу процедур: _____

Рекомендации по домашнему уходу: _____

Подпись клиента _____ Подпись специалиста _____

О возможных последствиях предупрежден. Со всеми пунктами ознакомлен и согласен.

Проблемы лицо и декольте:

Описание	Актуализация*	Описание	Актуализация*
Мелкая сетка морщин на лице/декольте		Избыточное салоотделение в зоне...	
Морщинки вокруг глаз/губ		Расширенные поры в зоне...	
Потеря упругости кожи		Воспаления и загрязнения в зоне...	
Ослабление мышечного каркаса		Акне (умеренная степень)	
Опущение уголков губ		Акне (высокая степень)	
Брыли		Шрамы, кратеры, постакне	
Носогубные складки		Неровный рельеф кожи	
Глубокие морщины/заломы		Кожа шелушится, сухие участки	
Второй подбородок		Кожа в стрессовом состоянии (бледная, уставшая, сероватая)	
Покраснения/купеоз		Чувствительность кожи (зуд, стянутость, жжение, реакция на t°)	
Пигментные пятна		Другое:	

Проблемы тело:

Описание	Актуализация*	Описание	Актуализация*
Потеря упругости и эластичности кожи		Целлюлит (зона и степень)...	
Стрии (растяжки) в зоне...		Боли в области спины/шеи/поясницы	
Подтянуть проблемные зоны...		Смоделировать/утонить силуэт	

*Примечание: в первом окошке ставится галочка в случае обнаружения специалистом у клиента данной проблемы, во втором окошке ставится галочка в случае подтверждения клиента о том, что данная проблема у него существует (т. е., ее осознание).

Ф. И. О. и подпись специалиста, проводившего диагностику: _____

Ф. И. О. и подпись пациента: _____

Акт выполненных работ

Исполнитель оказал Клиенту _____ следующие медицинские услуги:

№	Дата	Наименование услуги	Кол-во	Стоимость за единицу	Общая стоимость	ФИО врача (медсестры), принявшего пациента	Подпись мед. работника	Подпись пациента

© 2018-2023

Все вышеуказанные услуги оказаны полностью, претензий к качеству и количеству оказанных Исполнителем услуг Пациент не имеет.