

Общество с ограниченной ответственностью «К-ДА» в соответствии с требованиями, определенными Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утв. Постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 № 736 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации и признании утратившим силу постановления Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012 г. № 1006») уведомляет потребителя и заказчика о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя.

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. заказчика и/или пациента)

У

\_\_\_\_\_  
(подпись)

## ДОГОВОР № \_\_\_\_\_

### возмездного оказания медицинских услуг

г. Королев

Дата

Общество с ограниченной ответственностью «К-ДА» (фирменное наименование «Клиника Доктор Алексеева», свидетельство о государственной регистрации юридического лица: 1175029020066, зарегистрировано «10» августа 2017 г. в Межрайонной инспекции Федеральной налоговой службы №2 по Московской области, именуемое в дальнейшем «Клиника», в лице директора Алексеевой Елены Юрьевны, действующего на основании Устава с одной стороны,

и \_\_\_\_\_, именуемый в дальнейшем «Заказчик» или «Пациент», с другой стороны, вместе именуемые, как стороны договора (далее – «Стороны»), заключили настоящий договор возмездного оказания медицинских услуг (далее – «Договор») о нижеследующем:

#### 1. Предмет Договора

1.1. Клиника обязуется оказать Заказчику (Пациенту) медицинские услуги (далее – «Услуги»), а Заказчик (Пациент) обязуется принять и оплатить эти Услуги.

1.2. Перечень Услуг, предоставляемых в соответствии с Договором и стоимость этих услуг, указываются в приложениях, являющихся неотъемлемой частью Договора (далее – «Приложение»)

1.3. Сроки предоставления услуг согласуются Сторонами при каждом последующем посещении и указываются путем внесения записи о назначении следующего визита Пациента в Клинику и оказываются до момента выполнения Клиникой обязательств по Договору и Приложениям к нему в полном объеме.

#### 2. Условия предоставления Услуг:

2.1. Условием предоставления Услуг является заключение в письменной форме настоящего Договора Сторонами.

2.2. Услуги предоставляются на основании лицензии № Л041-01162-50/00317097 от 31 октября 2017 г. на осуществление медицинской деятельности при оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: медицинскому массажу; сестринскому делу; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; терапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности); гастроэнтерологии; кардиологии; косметологии; онкологии; организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; ультразвуковой диагностике; урологии; эндокринологии;

При проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: экспертизе временной нетрудоспособности; экспертизе качества медицинской помощи, по адресу г. Королев, Московская область, микрорайон Болшево, ул. Пушкинская, д.21, помещение 05, выдана Министерством здравоохранения 31 октября 2017, сроком: бессрочно.

2.3. Медицинская помощь при предоставлении Услуг организуется и оказывается в соответствии с положениями об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи и порядками оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями и на основе клинических рекомендаций.

2.4. Услуги предоставляются в полном объеме стандарта медицинской помощи либо в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, а также в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи, по письменному согласию Пациента.

2.5. Качество предоставляемых Услуг соответствует обязательным требованиям к качеству медицинских услуг, установленных действующим законодательством и условиям Договора.

2.6. Клиника, при заключении Договора, предоставила Пациенту в доступной форме информацию:

2.6.1. О возможности получения соответствующих видов 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.

2.6.2. О порядках оказания медицинской помощи и стандартах медицинской помощи, применяемых при предоставлении платных медицинских услуг.

2.6.3. О возможности осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

2.6.4. О медицинском работнике, отвечающем за предоставление Услуги (его профессиональном образовании и квалификации).

2.6.5. Об обязанности Пациента соблюдать установленный режим лечения, в том числе определенный на период временной нетрудоспособности, и правила поведения в медицинской организации.

2.7. Клиника уведомляет Пациента, что она не участвует в реализации программы государственных гарантий

бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

2.8. В случае, если при предоставлении Услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных Услуг, не предусмотренных Договором, Клиника обязана предупредить об этом Пациента. Без оформления дополнительного соглашения к Договору либо нового Договора с указанием конкретных дополнительных Услуг и их стоимости Клиника не вправе предоставлять Услуги на возмездной основе.

2.9. В случае, если при предоставлении Услуг потребуются предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Пациента при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы с Пациента. Такие расходы возмещаются Клинике в порядке и размерах, которые установлены органами государственной власти субъектов Российской Федерации в рамках территориальных программ обязательного медицинского страхования.

2.10. Услуги предоставляются при наличии информированного добровольного согласия Пациента, данного в установленном порядке.

2.11. Исполнитель предоставляет по требованию и в доступной для него форме информацию Пациенту:

2.11.1. – 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.

2.11.2. – об используемых при предоставлении 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 Пациента медицинское изделие.

2.12. Информация о режиме работы Клиники, перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность Клиники в соответствии с лицензией, прейскурант (перечень) Услуг с указанием цен в рублях, сведения об условиях, порядке, форме предоставления Услуг и порядке их оплаты, сведения о специалистах Клиники, об уровне их профессионального образования и квалификации, а также иная установленная действующим законодательством Российской Федерации информация, размещается на сайте Клиники в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» <http://www.kdamed.ru>, а также на информационном стенде в помещении Клиники.

2.13. Все вопросы, не урегулированные настоящим Договором, решаются в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

### **3. Права и обязанности Сторон**

#### **3.1. Клиника обязуется:**

3.1.1. Обеспечить соответствие Услуг требованиям и качеству, установленным действующим законодательством Российской Федерации.

3.1.2. Обеспечить оказание Услуг в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, а также создавать условия, обеспечивающие соответствие оказываемой медицинской помощи критериям оценки качества медицинской помощи.

3.1.3. Соблюдать врачебную тайну, в том числе конфиденциальность персональных данных, используемых в медицинских информационных системах.

3.1.4. Вести медицинскую документацию в установленном порядке, обеспечивать ее учет и хранение.

3.1.5. Выдать Пациенту медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг.

#### **3.2. Пациент обязуется:**

3.2.1. До оказания Услуги сообщить сведения об имеющихся у него заболеваниях, противопоказаниях к применению средств и препаратов, процедур, а также иную информацию, которая может повлиять на результат Услуги.

печатью врача, печатью медицинской организации;

3.2.2. Заботиться о сохранении своего здоровья, выполнять назначения медицинского персонала Клиники, соблюдать режим лечения и правила поведения в Клинике.

3.2.3. Немедленно извещать Клинику об изменениях в состоянии здоровья в процессе оказания Услуг и по его завершению.

3.2.4. Извещать не позднее, чем за один рабочий день о невозможности планового посещения лечащего врача.

**3.3. Пациент обязуется** оплатить оказанную Клиникой Услугу в порядке и сроки, которые установлены Договором.

#### **3.4. Клиника вправе:**

3.4.1. В случае непредвиденного отсутствия лечащего врача в день приема, по согласованию с Пациентом, направить последнего к другому специалисту соответствующего профиля и квалификации.

3.4.2. В случаях, установленных действующим законодательством, устанавливать и изменять гарантийные сроки.

3.4.3. Оказывать Услуги по настоящему Договору своими силами или привлекать третьих лиц, за действия которых Клиника несет ответственность, как за свои собственные.

3.4.4. Не приступать к оказанию новых Услуг, а начатые Услуги приостановить в случае неоплаты или несвоевременной оплаты Пациентом Услуг в соответствии с Договором, а также в случае, если Пациент настаивает на лечении, которое не соответствует действующим стандартам, требованиям к технологии, медицинским показаниям.

3.4.5. Изменять прейскурант (перечень) Услуг в одностороннем порядке, путем размещения на сайте Клиники, а также на информационном стенде.

#### **3.5. Пациент имеет право:**

3.5.1. На получение имеющейся информации в доступной для него форме о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, результатах проведенного лечения, об оказываемой медицинской помощи, эффективности методов лечения, об используемых лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению.

3.5.2. На информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, а также на отказ от медицинского вмешательства, оформленные в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

3.5.3. На выбор лечащего врача с учетом возможностей Клиники и согласия врача.

3.5.4. На отказ от получения Услуг после заключения Договора, с оплатой Клинике фактически понесенных расходов, связанных с исполнением обязательств по Договору.

### **4. Сроки и порядок оплаты услуг**

4.1. Оплата Услуг Клиники производится путем использования национальных платежных инструментов, а также наличных расчетов по выбору Пациента.

4.2. Оплата Услуг, по выбору Пациента, может осуществляться авансом или непосредственно после получения Услуги.

4.3. По требованию Пациента или Клиники, на предоставление Услуг может быть составлена смета, являющаяся неотъемлемой частью Договора.

4.4. После оплаты Услуг, Пациенту выдается документ, подтверждающий произведенную оплату (кассовый чек, бланк строгой отчетности или иной документ, подтверждающий факт осуществления расчета).

4.5. Клиника по обращению Пациента выдает документы, подтверждающие фактические расходы Пациента на оказанные Услуги или приобретение лекарственных препаратов для медицинского применения:

- копия Договора с приложениями и дополнительными соглашениями к нему;

- справка об оплате медицинских услуг по установленной форме;

- рецептурный бланк с проставленным штампом «Для налоговых органов Российской Федерации, идентификационный номер налогоплательщика», заверенный подписью и личной

- документы установленного образца, подтверждающие оплату лекарственных препаратов (кассовый чек, бланк строгой отчетности или иной документ, подтверждающий факт осуществления расчета).

### 5. Ответственность Сторон

5.1. Клиника несет ответственность перед Пациентом за неисполнение либо ненадлежащее исполнение своих обязательств по вине Клиники в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

5.2. Клиника освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязанностей по Договору, если докажет, что это произошло вследствие непреодолимой силы или по другим основаниям, предусмотренным действующим законодательством Российской Федерации.

5.3. При надлежащем исполнении обязательств Клиникой, в соответствии с Договором и действующим законодательством, отсутствие ожидаемого результата не является основанием для признания обязательства не выполненным.

5.4. В случае возникновения разногласий, спор между Сторонами рассматривается в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

### 6. Заключительные положения

6.1. Обработка персональных данных осуществляется в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».

6.2. Договор вступает в силу с момента его подписания и действует до полного исполнения Сторонами принятых на себя обязательств.

6.3. Договор может быть изменен по соглашению Сторон путем составления дополнительного соглашения в письменной форме, подписанного уполномоченными на то представителями обеих Сторон.

6.4. Договор может быть расторгнут по взаимному соглашению Сторон или требованию одной из Сторон в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации.

6.5. Условия и сроки ожидания Услуг устанавливаются Клиникой и предоставляются для ознакомления Пациенту до заключения Договора.

6.6. Порядок и условия выдачи Пациенту, после исполнения Договора медицинских документов (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающих состояние здоровья после получения Услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, производится в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации, без взимания дополнительной платы.

6.7. Договор составлен в двух экземплярах по одному для каждой из Сторон. Все два экземпляра имеют одинаковую юридическую силу.

## 7. Реквизиты и подписи Сторон

### КЛИНИКА:

**Общество с ограниченной ответственностью «К-ДА»**  
ИНН: 5018190760  
КПП: 501801001  
ОГРН: 1175029020066  
Юридический адрес: 141090, Московская область,  
г. Королёв, микрорайон Болшево, улица Пушкинская, дом 21,  
помещение 05  
Фактический адрес: 141090, Московская область,  
г. Королёв, микрорайон Болшево, улица Пушкинская, дом 21,  
помещение 05  
Банк: АО "АЛЬФА-БАНК"  
р/с: 4070 2810 9027 6000 1303  
к/с: 3010 1810 2000 0000 0593  
БИК: 044525593  
Электронная почта: info@kdamed.ru  
Телефон: +7 903 799 00 44

Генеральный директор

Алексеева Е.Ю. \_\_\_\_\_

М.П.

### ПАЦИЕНТ:

ФИО: \_\_\_\_\_  
Паспорт: \_\_\_\_\_

Выдан: \_\_\_\_\_  
Адрес: \_\_\_\_\_

Иные адреса для направления письменного ответа: \_\_\_\_\_

Телефон: \_\_\_\_\_  
Электронная почта: \_\_\_\_\_

Договор прочитан мною лично, условия мне разъяснены и понятны

У \_\_\_\_\_

ОБРАЗЕЦ

**ПРИЛОЖЕНИЕ К ДОГОВОРУ  
возмездного оказания медицинских услуг**

от \_\_\_\_\_, № \_\_\_\_\_

г. Королев

дата

В соответствии с п. 1.1 Договора возмездного оказания медицинских услуг заключенного между Клиникой и Пациентом, Клиника обязуется по заданию Пациента оказать медицинские услуги (далее – «Услуги»), а Пациент обязуется принять и оплатить эти Услуги:

№ пп	Номенклатурный код медицинских услуг	Наименование медицинских услуг	Стоимость медицинских услуг	Количество	Сумма
1					
2					

Сумма для оплаты по настоящему Приложению составляет: **0 000 (ноль ноль ноль ноль) руб. 00 коп**

Реквизиты и подписи сторон:

**КЛИНИКА:**

**ПАЦИЕНТ:**

Генеральный директор

Алексеева Е.Ю. \_\_\_\_\_ М.П.

ОБРАЗЕЦ

**АКТ ОКАЗАНИЯ УСЛУГ**

по договору возмездного оказания медицинских услуг

от \_\_\_\_\_, № \_\_\_\_\_

г. Королев

дата

В соответствии с п. 1.1 Договора возмездного оказания медицинских услуг заключенного Сторонами, Клиника по заданию Пациента оказала Услуги, а Пациент принял Услуги:

№ пп	Номенклатурный код медицинских услуг	Наименование медицинских услуг	Стоимость медицинских услуг	Количество	Сумма
1					
2					

Сумма для оплаты составляет: **0 000 (ноль ноль ноль ноль) руб. 00 коп**

Реквизиты и подписи сторон:

**КЛИНИКА:**

**ПАЦИЕНТ:**

Генеральный директор

Алексеева Е.Ю. \_\_\_\_\_ М.П.

**СОГЛАСИЕ**

на обработку персональных данных

дата

Я, \_\_\_\_\_, проживающий(ая) по адресу \_\_\_\_\_, паспорт \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_, в соответствии с требованиями статьи 9 Закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» даю свое согласие

на обработку своих персональных данных Оператору данных (всем его работникам), указанному в настоящем согласии, то есть даю согласие на осуществление любых действий (операций) или совокупности действий (операций), с предоставленными данными, в том числе персональными данными, врачебной тайной, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), обработку, извлечение, использование, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение, исключительно в целях, указанных в настоящем согласии и на условиях настоящего согласия, а также даю свое согласие на рассылку рекламных информационных материалов в электронном виде. Цели обработки персональных данных: создание условий для обеспечения прав граждан на получение медицинской помощи в соответствии с требованиями ФЗ «О персональных данных» №152 от 27.07.2006г и нормативных правовых актов; оказание информационной помощи, организация заключения договоров на оказание медицинских услуг, согласование места и времени приема; оказание медицинских услуг; контроль качества медицинских услуг; защиты прав и законных интересов Оператора данных; маркетинговые исследования и исследования работы сайта, на основе обезличенных данных; предоставление информации о Клинике Доктор Алексеева, ее услугах;

Оператором данных является ООО «К-ДА», Общество с ограниченной ответственностью «К-ДА», (далее – Оператор), адрес государственной регистрации (места нахождения) 141090, Московская область, г.Королев, мкр. Болшево, ул. Пушкинская, д21, пом. 05, ОГРН 1175029020066.

В случаях, определенных законодательством Российской Федерации и/или в целях контроля качества и обеспечения безопасности медицинской деятельности персональные данные могут быть переданы уполномоченным государственным органам или лицам, участвующим в контроле качества медицинских услуг. Для оказания медицинских услуг, связанных с необходимостью обращения к партнерам для оказания медицинской помощи, (в том числе при заказе анализов или иных медицинских исследований) по поручению пациента данные в необходимом объеме могут быть переданы таким партнерам. Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие: Фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактный телефон(ы), номер основного документа удостоверяющего личность, сведения о дате выдачи указанного документа и выдавшем его органе, адрес электронной почты, данные о состоянии моего здоровья, 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( врачебная тайна согласно ФЗ от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»). В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора в интересах моего обследования и лечения. Видео- и аудиозаписи, произведенные в помещениях Оператора данных, записи телефонных разговоров с Оператором данных. Данные об использовании сайта www. kdamed.ru и в том числе с использованием файлов «cookie». Общее описание используемых Оператором способов обработки персональных данных: с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с использованием бумажных, машинных носителей или по каналам связи, в том числе, но не исключительно, внесение персональных данных в электронную базу данных, и/или медицинскую документацию, документацию связанную с оказанием медицинских услуг и контролем качества, включение в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных( документов).

Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет 25 лет. Передача персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с письменного согласия.

Контактный телефон(ы)  \_\_\_\_\_

Подпись  \_\_\_\_\_

УТВЕРЖДЕНО  
приказом Министерства  
здравоохранения  
Российской Федерации  
от 12 ноября 2021 г. N 1051н  
Информированное добровольное согласие  
на медицинское вмешательство

Я, \_\_\_\_\_, дата рождения \_\_\_\_\_, зарегистрированный по адресу:

в отношении: \_\_\_\_\_

(ФИО пациента при подписании согласия законным представителем)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. рождения, проживающего по адресу:

(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

даю 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, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. №390н (1) (далее – виды медицинских вмешательств включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получение первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь(ненужное зачеркнуть) в «Клинике Доктор Алексеева», Общество с ограниченной ответственностью «К-ДА»

Медицинским работником \_\_\_\_\_

(должность, Ф.И.О. 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 выбранных мною лице(лицах), которому(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), в том числе после смерти:

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

У

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента или заказчика )

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

\_\_\_\_\_ (подпись)

**ПЕРЕЧЕНЬ ОПРЕДЕЛЕННЫХ ВИДОВ МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ, НА КОТОРЫЕ ГРАЖДАНЕ ДАЮТ  
ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПРИ ВЫБОРЕ ВРАЧА И МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ДЛЯ  
ПОЛУЧЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ**

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза; 2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование; 3. Антропометрические исследования; 4. Термометрия; 5. Тонометрия; 6. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций; 7. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций. 8. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы). 9. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические. 10. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, рээнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных). 11. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования. 12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутривенно. 13. Медицинский массаж. 14. Лечебная физкультура.

дата

**Согласие на получение результатов медицинских анализов по электронной почте или с помощью иных телекоммуникационных технологий.**

Я,

---

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)  
прошу Вас осуществлять отправку информации о результатах медицинских анализов, сданных мною, либо ребенком или недееспособным лицом законным представителем, которых я являюсь

---

(фамилия, имя, отчество (при наличии) ребенка либо недееспособного лица)  
в ООО «К-ДА», по электронной почте или с помощью иных телекоммуникационных технологий:

---

(адрес электронной почты ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ)

Подписывая данное согласие, я проинформирован (а) о том, что электронная почта и иные телекоммуникационные технологии являются ненадежным каналом и передаваемая информация может стать известна третьим лицам. За взлом почтового ящика, утечку информации и неполучение отправленных результатов анализов ООО «К-ДА» ответственности не несет. Оставляю за собой право отозвать настоящее согласие посредством составления соответствующего письменного заявления.

---

— **У** —

(Ф.И.О.) (подпись)

дата