

Типовая форма договора  
на оказание платных медицинских услуг  
(Заключается с законным представителем)

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

г. Москва

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**ФГБУ «Детский медицинский центр»**, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице \_\_\_\_\_ действующей/его на основании Доверенности № \_\_\_\_\_ от «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г., согласно Уставу и лицензии серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ от «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г., с одной стороны, и \_\_\_\_\_, зарегистрирован по адресу \_\_\_\_\_ именуемый в дальнейшем «Заказчик», являясь законным представителем несовершеннолетнего, либо недееспособного, либо ограниченно дееспособного лица, далее «Потребитель», с другой стороны, заключили Договор о нижеследующем:

**1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**

1.1 ФГБУ «Детский медицинский центр» обязуется предоставить Потребителю:

Номер медицинской карты	Ф.И.О.	Дата рождения
-------------------------	--------	---------------

медицинские услуги, предоставляемые на возмездной основе, согласно перечню и стоимости услуг, указанных в «Прейскуранте платных медицинских услуг», оказываемых ФГБУ «Детский медицинский центр» (далее - Прейскурант). Прейскурант размещен на сайте организации по постоянной ссылке - <https://www.kdpmc.ru/wp-content/uploads/dokumenty/prejskurant-platnyh-medicinskih-uslug.pdf>.

1.2 Заказчик добровольно берет на себя обязательство соблюдать указания (рекомендации) Исполнителя (медицинского работника Исполнителя), в том числе назначенного режима лечения, и своевременно оплачивать стоимость лечения, в соответствии с условиями настоящего Договора и Прейскурантом, установленным Исполнителем.

1.3 В случае если при оказании платных медицинских услуг потребуются предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям, для устранения угрозы жизни Потребителя, при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

**1.4 Исполнитель обязуется:**

1.4.1. Предоставить Потребителю платные медицинские услуги квалифицированными специалистами, в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации.

1.4.2. Предоставить Потребителю платные медицинские услуги, в соответствии со стандартами качества и условиями договора.

1.4.3. Предоставить Потребителю (законному представителю Потребителя) по его требованию и в доступной для него форме информацию:

а) о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения;

б) 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.

1.4.4. Соблюдать установленные законодательством Российской Федерации требования к оформлению и ведению медицинской документации, учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их представления.

1.4.5. Сообщить Заказчику ориентировочную стоимость услуг и возможность корректировки этой стоимости, в зависимости от специфики лечения.

1.4.6. Соблюдать правила медицинской этики и деонтологии во взаимоотношениях с Заказчиком/Потребителем, хранить врачебную тайну.

## **1.5 Исполнитель имеет право:**

- 1.5.1. Отказать в приеме Потребителю в случаях, если Потребитель находится в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения, при наличии и выявлении противопоказаний, а так же в других случаях, предусмотренных Правилами внутреннего распорядка для посетителей поликлинических подразделений ФГБУ «Детский медицинский центр».
- 1.5.2. Отказаться от проведения и продолжения лечения, если лечение может вызвать нежелательные последствия или выявляются противопоказания к его проведению, а также, если возникают противоречия с Заказчиком/Потребителем, в связи с оценкой эффективности результатов лечения, в том числе эстетических. При этом взаиморасчет осуществляется по факту оказанных услуг.
- 1.5.3. В случае если после подписания настоящего Договора у Потребителя обнаружится заболевание (состояние), несовместимое с планируемой медицинской помощью, Исполнитель предлагает другой метод диагностики или лечения, либо отказывается от выполнения услуг. При этом Заказчик оплачивает Исполнителю понесенные им фактические расходы, связанные с исполнением настоящего Договора.
- 1.5.4. В случае если Заказчик не предоставил или предоставил не в полном объеме информацию, необходимую для качественного оказания Исполнителем услуг, Исполнитель не несет ответственность за возможные последствия и неэффективность лечения.

## **1.6 Заказчик обязуется:**

- 1.6.1. Предоставить Исполнителю полную информацию, касающуюся здоровья Потребителя.
- 1.6.2. Оплачивать оказанные Исполнителем услуги в полном объеме в соответствии с п.3 настоящего Договора.
- 1.6.3. Обеспечить явку Потребителя на лечение в установленное время.
- 1.6.4. Немедленно извещать Исполнителя обо всех осложнениях или иных отклонениях, возникших в процессе лечения Потребителя, а также о принимаемых лекарственных препаратах.
- 1.6.5. Заранее (не менее чем за 24 часа) до назначенного приема известить Исполнителя по телефону +7 (495) 727-11-66 о невозможности явки на прием.
- 1.6.6. Немедленно извещать Исполнителя обо всех осложнениях или иных отклонениях, возникших в процессе оказания медицинских услуг, а также о принимаемых лекарственных препаратах.
- 1.6.7. Обеспечить подписание информированного добровольного согласия в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан, Потребителем (Законным представителем Потребителя).
- 1.6.8. Заказчик/Потребитель уведомлен о том, что 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.
- 1.6.9. Заказчик подтверждает информированность о возможностях 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.

## **1.7 Потребитель (Законный представитель Потребителя) имеет право:**

- 1.7.1. Получать исчерпывающую информацию о предоставляемых услугах и проведенном лечении Потребителя.
- 1.7.2. Выбирать время приема из имеющегося свободного у Исполнителя.
- 1.7.3. На сохранение в тайне информации о здоровье Потребителя.
- 1.7.4. В любое время отказаться от предоставления платных медицинских услуг в ФГБУ «Детский медицинский центр», при этом Заказчик полностью оплачивает полученные Потребителем услуги. В этом случае Заказчик/Потребитель не вправе предъявлять ФГБУ «Детский медицинский центр» претензии по качеству незавершенного лечения.

## **2. СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ**

- 2.1. Медицинские услуги при проведении стоматологического лечения, включают в себя:
  - 2.1.1. Установление диагноза, выбор методов лечения и при необходимости составление плана лечения;
  - 2.1.2. Проведение лечения в соответствии с установленным диагнозом и планом лечения;
- 2.2. В части оказания стоматологических медицинских услуг подписывая план лечения, Заказчик подтверждает свое согласие со всеми этапами и сроками лечения, подтверждает свою информированность об объеме финансовых затрат и соглашается с ними.

2.3. После окончания каждого этапа стоматологического лечения, стороны подписывают акт об оказанных услугах. Оплата услуг, за исключением случаев, указанных в п.3.5. настоящего Договора, осуществляется на основании выставленного счета (представленного наряда), в день оказания услуг.

### **3. СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ**

3.1. Предварительный расчет стоимости лечения определяется в соответствии с Прейскурантом, действующим на момент подписания настоящего договора.

3.2. Стоимость лечения по настоящему Договору определяется исходя из утвержденных цен, действующих на дату оплаты, и оплачивается Заказчиком по Прейскуранту.

3.3. При необходимости проведения дополнительных исследований, манипуляций или в случае изменения диагноза, если это произошло не по вине Исполнителя, и для достижения цели настоящего Договора, Исполнитель информирует Заказчика с предложением оплатить названные дополнительные действия по правилам настоящего Договора. В случае согласия Заказчика, Исполнитель продолжает оказывать медицинские услуги, оговоренные настоящим Договором.

3.4. В случае несогласия Заказчика на проведение дополнительных действий, Исполнитель не несет ответственности за результаты обследования и достоверность диагноза, а лечение может быть прекращено в соответствии с п.1.5.2. настоящего Договора.

3.5. При проведении стоматологического лечения оплата изготовления временных и постоянных конструкций в зуботехнической лаборатории осуществляется путем 100% аванса.

### **4. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ ОГОВОРЕННОГО ОБЪЕМА УСЛУГ**

4.1. При необходимости проведения дополнительных исследований, манипуляций или в случае изменения диагноза, если это произошло не по вине Исполнителя и для достижения цели настоящего Договора, Исполнитель информирует Заказчика с предложением оплатить названные дополнительные действия по правилам настоящего договора.

4.2. В случае согласия Заказчика Исполнитель продолжает оказывать медицинские услуги, оговоренные настоящим Договором.

4.3. В случае несогласия Заказчика на проведение дополнительных действий, Исполнитель не несет ответственности за результаты обследования и достоверность диагноза, а лечение может быть прекращено в соответствии с п. 1.5.2 настоящего Договора.

4.4. Несоблюдение правил гигиены полости рта, пользования ортопедическими и ортодонтическими конструкциями и невыполнение указаний и рекомендаций Исполнителя являются основанием для прекращения лечения Потребителя.

### **5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**

5.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору стороны несут ответственность, предусмотренную настоящим Договором и законодательством Российской Федерации.

5.2. Случаи некачественного оказания услуг рассматриваются комиссией из представителей сторон в течение 1 месяца со дня выявления нарушения.

5.3. В случае нарушения Заказчиком/Потребителем условий Договора или несоблюдения Заказчиком/Потребителем Правил, установленных для клиентов ФГБУ «Детский медицинский центр», Исполнитель вправе прекратить оказание медицинских услуг Потребителю.

5.4. В случае не урегулирования спора он передается на рассмотрение в Тверской районный суд г. Москвы или мировому судье судебного участка №370 г. Москвы в соответствии с подсудностью.

5.5. Нерегулярные посещения Потребителем врача, невыполнение указаний и рекомендаций Исполнителя являются основанием для прекращения лечения Потребителя.

5.6. По вопросам, не предусмотренным настоящим Договором, стороны руководствуются законодательством Российской Федерации.

### **6. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА**

6.1. Настоящий Договор считается заключенным с момента подписания Сторонами и действует три года.

6.1.1. Изменения и дополнения в настоящий Договор могут быть внесены лишь по соглашению Сторон, оформленному в письменной форме в виде дополнительного соглашения к настоящему Договору.

6.2. Договор может быть прекращен до истечения срока выполнения сторонами своих обязательств:

6.2.1. по соглашению сторон, при этом взаиморасчеты осуществляются в порядке и на условиях, предусмотренных настоящим Договором;

- 6.2.2. в одностороннем порядке Заказчиком/Потребителем путем подачи письменного заявления на имя Директора ФГБУ «Детский медицинский центр» в любое время, при этом взаиморасчеты осуществляются в порядке и на условиях, предусмотренных настоящим Договором.
- 6.2.3. в одностороннем порядке в соответствии со ст. 782 ГК РФ, а так же в случае нарушения Заказчиком/Потребителем принятых на себя обязательств по договору и невозможности исполнения ФГБУ «Детский медицинский центр» обязательств по настоящему Договору, возникшей по вине Заказчика/Потребителя.

## 7. ФОРС-МАЖОР

7.1. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение обязательств по настоящему Договору, если это неисполнение явилось следствием обстоятельств непреодолимой силы, возникших после заключения Договора в результате событий чрезвычайного характера, которые участник не мог ни предвидеть, ни предотвратить разумными мерами (форс-мажор). К таким событиям чрезвычайного характера относятся: стихийные бедствия, наводнения, пожар, землетрясения, взрыв, оседание почвы, эпидемия, военные действия, массовые митинги и забастовки, правительственные постановления.

## 8. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

### ЗАКАЗЧИК

**Ф.И.О.**

*Паспорт:*

*Место рождения:*

*Адрес регистрации:*

*ИНН:*

*СНИЛС:*

*Телефон:*

*E-mail:*

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О)

### ИСПОЛНИТЕЛЬ

**ФГБУ «Детский медицинский центр»**

*109012, Москва, Старопанский пер., д.3*

*ИНН 7710114301, КПП 771001001*

*УФК по г. Москве Л/с 20736Х43350*

*ГУ Банка России по ЦФО*

*р/с 40501810845252000079*

*БИК 044525000*

*Свидетельство о внесении записи в ЕГРЮЛ от*

*15.10.2002 МИМНС России №39 по г. Москве, сер. 77*

*№004815866*

\_\_\_\_\_ ()

## СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, \_\_\_\_\_, паспорт \_\_\_\_\_, в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона «О персональных данных» от 27.07.2006 № 152-ФЗ, и Федерального закона от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» № 323-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку \_\_\_\_\_ (далее Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество (последнее - при наличии), пол, дату рождения, гражданство, данные документа, удостоверяющего личность, адрес места жительства, место регистрации, дату регистрации, контактные телефоны, e-mail. А также являясь законным представителем несовершеннолетнего/ей:

Номер медицинской карты. | Ф.И.О. | Дата рождения

(далее Потребитель) подтверждаю свое согласие на обработку Оператором персональных данных Потребителя, включающих: фамилию, имя, отчество (последнее - при наличии), пол, дату рождения, место рождения, гражданство, данные документа, удостоверяющего личность, место жительства, место регистрации, дату регистрации, страховой номер индивидуального лицевого счета (при наличии), принятый в соответствии с законодательством Российской Федерации об индивидуальном (персонифицированном) учете в системе обязательного пенсионного страхования, номер полиса обязательного медицинского страхования застрахованного лица (при наличии), анамнез, диагноз, сведения об организации, оказавшей медицинские услуги, вид оказанной медицинской помощи, условия оказания медицинской помощи, сроки оказания медицинской помощи, объем оказанной медицинской помощи, результат обращения за медицинской помощью, серия и номер выданного листка нетрудоспособности (при наличии), сведения об оказанных медицинских услугах, примененные стандарты медицинской помощи, сведения о медицинском работнике или медицинских работниках, оказавших медицинскую услугу, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг и иных услуг, предусмотренных Уставом Оператора.

В процессе оказания Оператором медицинской помощи, я предоставляю право медицинским работникам передавать персональные данные Потребителя, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора в интересах обследования и лечения Потребителя.

Оператор вправе осуществлять обработку автоматизированным и неавтоматизированным способом моих персональных данных и персональных данных Потребителя посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими порядок ведения и состав данных в учетно-отчетной медицинской документации, в связи с чем предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными и персональными данными Потребителя, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по указанному выше договору на обмен (прием и передачу) моими персональными данными и персональными данными Потребителя со стационарным учреждением, клиническими лабораториями с использованием машинных носителей информации, по каналам связи и (или) в виде бумажных документов, с соблюдением мер, обеспечивающих их конфиденциальность, без специального уведомления меня об этом, при условии, что их прием и обработка осуществляются лицом, обязанным хранить врачебную тайну.

Срок хранения моих персональных данных и персональных данных Потребителя в электронной форме не превышает установленный законодательством и нормативными актами срок хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет двадцать пять лет. По истечении срока хранения моих персональных данных в электронной форме (двадцать пять лет) Оператор обязан уничтожить (стереть) все мои персональные данные из баз данных автоматизированной информационной системы Оператора, включая все копии на машинных носителях информации, и уведомить меня об этом.

Передача моих персональных данных и персональных данных Потребителя иным лицам, их ознакомление. Или иное их распространение может осуществляться только с моего согласия.

Настоящее согласие дано мной \_\_\_\_\_

Я уведомлен о том, что настоящее согласие действует до даты его отзыва мною путем направления Оператору письменного сообщения об указанном отзыве в форме, установленной законодательством Российской Федерации.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

Я согласен на получение новостных сообщений и предложений от Оператора и не возражаю, чтобы при условии соблюдения конфиденциальности моих персональных данных для осуществления рассылки привлекалось третье лицо – специализированная организация.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку и уничтожить персональные данные в срок, не превышающий трех рабочих дней, с дня поступления указанного отзыва, и уведомить меня об этом.

\_\_\_\_\_/ ФИО /

**СОГЛАШЕНИЕ**  
**об объеме и условиях оказания медицинских услуг в**  
**Федеральном государственном бюджетном учреждении «Детский медицинский центр»**  
**Управления делами Президента Российской Федерации**

Я, \_\_\_\_\_ являясь законным представителем несовершеннолетнего, либо недееспособного, либо ограниченно дееспособного лица:

Номер медицинской карты	Ф.И.О.	Дата рождения
-------------------------	--------	---------------

получив полную информацию о возможности и условиях оказания медицинских услуг, выражаю свое согласие и желание на оказание платных медицинских услуг, а также готовность их оплатить.

1. Мне разъяснено и я согласен(на), что оказываемые медицинские услуги не гарантируют ожидаемый результат во всех случаях и что при проведении лечения и после него, как в ближайшем, так и отдаленном периоде, возможны различные варианты течения заболевания и осложнения, обусловленные биологическими особенностями организма и прочими причинами, не связанными с медицинскими вмешательствами.
2. Я предупрежден (на) и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение предписанного врачом режима, рекомендаций медицинских работников, режима приема препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя.
3. Я поставил(ла) 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 производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня представляемого во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности.
4. Я информирован(на) о целях, характере и возможных случаях неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, а также о том, что предстоит мне во время их проведения.
5. Я согласен(на) с тем, что в случаях, когда медицинские услуги оказаны с соблюдением установленных стандартов и требований, Исполнитель не несет ответственности за возникновение побочных эффектов и осложнений.
6. Я согласен(на) с тем, что для достижения ожидаемого результата лечения я должен выполнять все назначения, рекомендации и советы медицинских работников Исполнителя.
7. Я извещен(на) о том, что мне необходимо регулярно принимать назначенные препараты и другие методы лечения, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых, не рекомендованных им лекарств.
8. Я добровольно, без какого-либо принуждения, выражаю согласие с видами и объемом медицинских услуг, а также планом лечения.
9. Я ознакомлен(на) с действующим прейскурантом и согласен оплатить стоимость медицинских услуг в соответствии с ним и условиями Договора.
10. Я проинформирован(на), что по поводу имеющегося у меня заболевания могу получить медицинскую помощь в других медицинских организациях и подтверждаю свое согласие на получение платных медицинских услуг в ФГБУ «Детский медицинский центр».
11. Настоящее соглашение мною прочитано, и я ознакомлен(на) и согласен(на) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты, и добровольно даю свое согласие на оказание медицинской помощи в предложенном объеме.
12. Я ознакомлен (ознакомлена) с Правилами внутреннего распорядка для посетителей поликлинических подразделений, установленными ФГБУ «Детский медицинский центр» (постоянная ссылка на правила - [https://www.kdpmc.ru/wp-content/uploads/2017/05/Pravila\\_rasporadka\\_dla\\_posetiteley.pdf](https://www.kdpmc.ru/wp-content/uploads/2017/05/Pravila_rasporadka_dla_posetiteley.pdf)), и обязуюсь их соблюдать;

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

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
202\_ г.  
(дата оформления)

**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, \_\_\_\_\_ (ФИО), \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный (ая) по адресу: \_\_\_\_\_, даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенных 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 Минздравсоцразвития РФ от 23.04.2012г. №390н (далее-Перечень) для получения:

- первичной медико-санитарной помощи /
- первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь  
(ненужное зачеркнуть)

\_\_\_\_\_ (ФИО ребенка)

В Федеральном государственном бюджетном учреждении «Детский медицинский центр» Управления делами Президента Российской Федерации.

Медицинским работником

\_\_\_\_\_ (должность, ФИО)

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. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 статьи 19 Федерального закона от 21.11.2011г. №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)

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (ФИО медицинского работника)

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. (дата оформления)

**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, реоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотопография (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, внутрикожное.

13. Медицинский массаж.
14. Лечебная физкультура.