До заключения договора Исполнитель в доступной форме уведомляет Пациента (Потребителя) о том, что несоблюдение всех назначений и рекомендаций Исполнителя, требований и предписаний специалистов, направленных на достижение и сохранение результатов лечения, включая соблюдение дат и времени визитов/приемов, соблюдение режима распорядка дня, питания, приема лекарственных средств, соблюдение иных ограничений, обеспечивающих эффективность проводимых медицинских мероприятий, а также несвоевременное уведомление Пациентом (Потребителем) Исполнителя об имеющихся у него заболеваниях и/или патологиях, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента (Потребителя), а также уведомляет о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Тест Арнольд Петрович _____
(Подпись Пациента, законного представителя, расшифровка подписи)

ДОГОВОР № С
на оказание (предоставление) платных медицинских услуг в условиях стационара

г. Москва 5 февраля 2024 г.

Общество с ограниченной ответственностью «Селин Медикал Групп» именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице генерального директора Климова А.М., действующего на основании Устава, с одной стороны, и Тест Арнольд Петрович, именуемый(ая) в дальнейшем «Пациент», получающая(ий) платные медицинские услуги лично в соответствии с Договором, при совместном упоминании именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

Для целей настоящего Договора используются следующие основные понятия:

Платные медицинские услуги - медицинские услуги, предоставляемые на возмездной основе за счет личных средств граждан, средств юридических лиц и иных средств на основании договоров, в том числе договоров добровольного медицинского страхования;

Пациент - физическое лицо, имеющее намерение получить либо получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с договором. Потребитель, получающий платные медицинские услуги, является пациентом, на которого распространяется действие Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации";

Исполнитель (Клиника) - медицинская организация, предоставляющая платные медицинские услуги потребителям (пациентам) на основании лицензии на осуществление медицинской деятельности.

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Исполнитель обязуется предоставить Пациенту квалифицированную медицинскую помощь в форме платных медицинских услуг (далее - Услуги), а Пациент обязуется оплатить услуги Исполнителя в соответствии с условиями настоящего Договора.

1.2. Основанием для оказания платных медицинских услуг Исполнителем является обращение Пациента и наличие медицинских показаний. Подписание настоящего Договора Пациентом свидетельствует о его добровольном согласии на получение платных медицинских услуг и на медицинское вмешательство.

1.3. Перечень предоставляемых по настоящему Договору платных медицинских услуг, количество и их стоимость устанавливаются в Приложении № 1 (Перечень платных медицинских услуг) и согласовываются Сторонами путем двустороннего подписания.

1.4. Медицинские услуги предоставляются Пациенту с соблюдением требований действующего законодательства Российской Федерации к качеству медицинских услуг, в объемах предусмотренных стандартами медицинской помощи и в соответствии с нормами установленными в порядках оказания медицинской помощи, утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации, либо по желанию Пациента в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объемах, превышающих объемы выполняемого стандарта медицинской помощи.

1.5. Оказание услуг осуществляется в режиме работы Клиники, в отделении пластической хирургии, в плановом порядке, в условиях стационара, по адресу: 119021, г. Москва, ул. Тимура Фрунзе, д. 11, стр. 15.

1.6. При заключении настоящего Договора, Пациенту предоставлена в доступной форме информация 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, а также информация о платных медицинских услугах, содержащая следующие сведения:

- стандарты и порядки оказания медицинской помощи, применяемые при предоставлении платных медицинских услуг;

© Охраняется авторским правом.
Исключительное право на распространение принадлежит ООО «Селин Медикал Групп»

- информацию о медицинском работнике, предоставляющем соответствующую медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации);
- информацию о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;
- другие сведения, относящиеся к предмету Договора.

1.7. Документом, подтверждающим факт государственной регистрации юридического лица и внесения сведений о Клинике в ЕГРЮЛ (ОГРН 1187746315382) является лист записи за ГРН 1187746315382 от «21» марта 2018 года Межрайонной Инспекцией ФНС № 46 по г. Москве.

1.8. Исполнитель предоставляет медицинские услуги на основании Лицензии на осуществление медицинской деятельности от 30.07.2020 г., регистрационный номер Л041-01137-77/00361612, выданной Департаментом Здравоохранения города Москвы (г. Москвы, 127006, г. Москва, Оружейный переулок, д. 43, тел. 8 (499) 251-83-00. Срок действия лицензии: бессрочно. Лицензирующий орган: Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения (109074, г. Москва, Славянская площадь, дом 4, строение 1, тел: 8 (495) 698-45-38; 8 (499) 578-02-30), в соответствии с перечнем услуг: при оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги) : при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: вакцинации (проведению профилактических прививок), лабораторной диагностике, медицинскому массажу, операционному делу, организации сестринского дела, рентгенологии, сестринскому делу; сестринскому делу в косметологии, сестринскому делу в педиатрии, физиотерапии, функциональной диагностике, при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: вакцинации (проведению профилактических прививок), организации здравоохранения и общественному здоровью, педиатрии, терапии; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: 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), акушерству и гинекологии (искусственному прерыванию беременности), гастроэнтерологии, дерматовенерологии, диетологии, кардиологии, косметологии, мануальной терапии, неврологии, нефрологии, онкологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, остеопатии, оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации), офтальмологии, пластической хирургии, профпатологии, психиатрии, психиатрии-наркологии, психотерапии, пульмонологии, ревматологии, рентгенологии, рефлексотерапии, сердечно-сосудистой хирургии, травматологии и ортопедии, ультразвуковой диагностике, урологии, физиотерапии, функциональной диагностике, хирургии, челюстно-лицевой хирургии, эндокринологии. При оказании специализированной, в том числе, высокотехнологичной, медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключение использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственному прерыванию беременности), акушерству и гинекологии (искусственному прерыванию беременности), анестезиологии и реаниматологии, клинической лабораторной диагностике, лабораторной диагностике, операционному делу, организации здравоохранения и общественному здоровью, организации сестринского дела, пластической хирургии, рентгенологии, сестринскому делу, трансфузиологии, хирургии. При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги): при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе временной нетрудоспособности.

2. ПОРЯДОК, СРОКИ И УСЛОВИЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

2.1. Исполнитель обеспечивает в полном объеме своевременное предоставление Пациенту медицинских услуг, назначенных по медицинским показаниям врачами Клиники. Стоимость медицинских услуг для Пациента в рамках действия данного Договора определяется на момент фактического оказания медицинской услуги, согласно стоимости утвержденной в Прейскуранте Клиники, который является публичным документом, ознакомление с которым возможно на сайте Клиники – seline.ru, (далее -Прейскурант). По соглашению Сторон стоимость услуг может быть изменена.

2.2. Медицинские услуги оказываются Пациенту согласно правилам внутреннего распорядка Клиники (Приложение №2 к настоящему Договору).

2.3. Исполнитель обязуется организовать ведение медицинской карты, с соблюдением действующих требований к ведению медицинской документации, установленных законодательством Российской Федерации.

2.4. Исполнитель предоставляет Пациенту план лечения с калькуляцией стоимости, исходя из планируемого объема услуг и длительности пребывания в стационаре. Пациент согласовывает план лечения путем его подписания. В случае отказа Пациента от подписания Плана лечения, Исполнитель вправе отказаться от исполнения принятых по настоящему договору обязательств.

2.5. При наличии согласования Пациентом плана лечения, Пациент принимает обязательства оплатить оказанные услуги в полном объеме, в сроки, установленные настоящим Договором.

2.6. Исполнитель предоставляет Пациенту (законному представителю Пациента) по его запросу и в доступной для него форме информацию:

© Охраняется авторским правом.
Исключительное право на распространение принадлежит ООО «Селин Медикал Групп»

- 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;
- 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;
- при имеющейся патологии у Пациента и при наличии противопоказаний для применения медицинских лекарственных препаратов, Исполнитель имеет право привлекать специалистов для проведения дополнительных консультаций и исключения возникновения риска осложнений в ходе лечения Пациента. В случае отказа Пациента от получения дополнительных консультаций, он принимает на себя риск отрицательного влияния лекарств на состояние его здоровья.

2.7. Копии медицинских документов о состоянии здоровья могут быть предоставлены Пациенту по письменному мотивированному запросу в течение 10 (десяти) календарных дней с момента получения запроса Пациента или его законного представителя, при условии предоставления подлинников документов, подтверждающих полномочия.

2.8. Оказание услуг Пациентам в стационарном отделении осуществляется круглосуточно.

В период оказания стационарной медицинской помощи Исполнитель обязуется создать следующие необходимые условия для Пациента и оказания медицинских услуг по настоящему Договору:
- размещение в палате стационарного отделения Клиники;
- регулярную смену постельного белья;
- ежедневный врачебный осмотр;
- уход за Пациентом средним и младшим персоналом Клиники (не включая индивидуальный патронажный пост);
- питание Пациента в соответствии с рекомендациями лечащего врача.

Выписка Пациента из стационарного отделения осуществляется по решению лечащего врача, с 08 ч. 00 мин. до 08 ч. 30 мин. (Мск).

2.9. Медицинская услуга предоставляется при наличии подписанного Пациентом информированного добровольного согласия. Исполнитель обеспечивает соответствие оказываемой Пациенту медицинской помощи требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, лекарственным препаратам, разрешенными на территории Российской Федерации.

2.10. Срок предоставления медицинских услуг определяется длительностью пребывания Пациента в стационарном отделении Клиники.

2.11. Течение срока предоставления услуг начинается с момента фактического поступления Пациента в стационарное отделение и оканчивается в день выписки Пациента.

3. СТОИМОСТЬ, СРОКИ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ

3.1. Стоимость услуг, предоставляемых Клиникой, определяется исходя из планируемого объема услуг и длительности пребывания в стационаре. Перечень платных медицинских услуг, предоставляемых по настоящему Договору, количество и их стоимость устанавливаются в Приложении № 1 (Перечень платных медицинских услуг) и согласовывается Сторонами путем его подписания.

3.2. Согласование Пациентом стоимости медицинской услуги по настоящему Договору, является наступление одного из событий:
- подписание Пациентом плана лечения;
- подписание Пациентом приложения № 1 к Договору;
- фактическое оказание медицинских услуг Пациенту;
- поступление денежных средств на расчетный счет или в кассу Клиники в качестве оплаты стоимости медицинских услуг, предусмотренных настоящим Договором.

3.3. Стоимость услуг по настоящему Договору фиксируется в Приложении №1. Пациент оплачивает стоимость услуг по настоящему Договору в порядке 100% предоплаты, путем внесения наличных денежных средств в кассу Клиники или посредством перечисления денежных средств на расчетный счет Клиники.

3.4. Датой платежа и моментом исполнения обязанности Пациента оплатить услуги считается дата поступления денежных средств на расчетный счет или в кассу Клиники.

3.5. Пациент может внести денежные средства на лицевой счет в качестве аванса. Средства, внесенные в качестве аванса, могут быть израсходованы Пациентом для оплаты любых видов медицинских услуг, назначенных по медицинским показаниям врачами Клиники.

3.6. В случае необходимости увеличения объема медицинских услуг предусмотренных настоящим Договором (в том числе хирургического вмешательства) по причине изменений состояния Пациента и осложнений, связанных с индивидуальными особенностями Пациента и независящих от качества проводимого лечения и при необходимости увеличения сроков пребывания в стационаре в рамках стандартов оказания медицинской помощи, Стороны подписывают дополнительное соглашение к настоящему Договору об увеличении объема лечения и стоимости услуг. Пациент обязуется оплатить указанную в дополнительном соглашении стоимость медицинских услуг не позднее дня выписки из стационарного отделения Клиники.

© Охраняется авторским правом.
Исключительное право на распространение принадлежит ООО «Селин Медикал Групп»

3.7. Предоставление услуг по настоящему Договору, осуществляется после поступления денежных средств в размере, указанном в п. 3.3. настоящего Договора.
3.8. Дополнительное вознаграждение Клиники в случае привлечения для оказания медицинских услуг сторонних медицинских организаций, рассчитывается как разница между стоимостью услуг по Прейскуранту Клиники, подлежащей оплате Пациентом, и стоимостью, подлежащей уплате Клиникой по договору соответствующему медицинскому учреждению, непосредственно оказывающему данную услугу Пациенту.
3.9. По окончании оказания услуг по настоящему Договору, в день выписки Пациента, Стороны подписывают Акт приема-сдачи и/или Реестр оказанных услуг по Договору, предоставленных Клиникой.
3.10. Исполнитель оставляет за собой право направить Пациенту Акт приема-сдачи и/или Реестр оказанных услуг по Договору заказным письмом по адресу, указанному в настоящем договоре, с описью вложения и уведомлением о вручении, в случае невозможности подписания в день окончания оказания медицинских услуг.
3.11. Датой получения документов, указанных в п.3.9. является 5 (пятый) календарный день с момента поступления почтовой корреспонденции в отделение почтовой связи по адресу Пациента, указанному в п. 11 настоящего Договора, в случае направления посредством почтовой связи, или дата вручения Пациенту или его представителю.
3.12. Полномочия представителя для целей вручения уведомления о задолженности могут быть определены на основании письменного указания или следовать из обстановки.
3.13. В течение 3 (трех) календарных дней с даты получения документов, указанных в п. 3.9. Пациент обязан их подписать и направить Клинике, либо направить в адрес Клиники мотивированный отказ от приемки оказанных медицинских услуг. Основаниями отказа в приемке являются несоответствие оказанных медицинских услуг порядку оказания медицинской помощи и стандартам медицинской помощи, действующим на территории РФ, а также условиям настоящего договора и приложений к нему, подтвержденные документально.
3.14. По истечении 5 (пяти) календарных дней с момента указанного в п. 3.13. при отсутствии подписанного Акта приема-сдачи услуг и реестра оказанных услуг или мотивированного отказа Пациента, Акт приема-сдачи услуг будет считаться подписанным Сторонами.

4. ОБЯЗАТЕЛЬСТВА СТОРОН

4.1. **Исполнитель берет на себя обязательства:**
4.1.1. Сохранять в тайне информацию, относящуюся к лечению Пациента (врачебная тайна), в т.ч. снимки, за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации, или письменного разрешения Пациента.
4.1.2. Вести обработку персональных данных Пациента в соответствии с законодательством Российской Федерации.
4.2. Исполнитель имеет право:
4.2.1. Не предоставлять Пациенту медицинскую помощь, предусмотренную настоящим Договором, расторгнуть в одностороннем порядке настоящий договор и возвратить денежные средства, уплаченные по Договору за вычетом стоимости понесенных Исполнителем расходов и стоимости услуг, которые фактически были оказаны Пациенту до расторжения настоящего Договора, в случае выявления у Пациента противопоказаний к оказанию медицинских услуг или при несогласии Пациента с Правилами внутреннего распорядка Клиники и рекомендациями врачей Клиники, а так же при отсутствии возможности оказать необходимые Пациенту медицинские услуги.
4.2.2. Приостановить оказание услуг по настоящему Договору в случае возникновения задолженности по оплате оказанных медицинских услуг по настоящему Договору на срок, превышающий 1 (один) календарный день.
4.2.3. На всех основных этапах оказания услуг, предусмотренных настоящим Договором, полученные медицинские данные (в т.ч. ангиограммы, снимки КТ, МРТ, ПЭТ и УЗИ, фото-, видеоизображения) могут использоваться для научно-исследовательских работ, публикаций в научных изданиях, в информационных целях. При этом Исполнитель обязуется провести обезличивание данных, то есть действия, в результате которых становится невозможным без использования дополнительной информации определить принадлежность персональных данных конкретному лицу.
4.2.4. С согласия Пациента и по рекомендации лечащего врача, Исполнитель вправе привлекать для осмотров и консультаций высококвалифицированных специалистов из других медицинских организаций, а также направлять Пациента в другие медицинские организации на необходимые обследования, которые не проводятся в Клинике, с последующей дополнительной оплатой Пациентом оказанных медицинских услуг.
4.2.5. По поручению Пациента и по рекомендации лечащего врача Клиники, закупить имплантируемые устройства и материалы, прочие одноразовые инструменты и расходные материалы, необходимые для проведения хирургического вмешательства, если оно определяется медицинскими показаниями и обусловлено согласием Пациента (за исключением случаев, требующих неотложного хирургического вмешательства).
4.2.6. В исключительных случаях без дополнительного согласия Пациента привлекать бригады специалистов узкого профиля (кардиохирургов, торакальных хирургов, сосудистых хирургов и др.) Услуги данных специалистов оплачиваются Пациентом в полном объеме. В случае если при предоставлении медицинских

© Охраняется авторским правом.
Исключительное право на распространение принадлежит ООО «Селин Медикал Групп»

услуг потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Пациента при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются Клиникой независимо от наличия или отсутствия согласия Пациента. Данный вид услуг оплачивается Пациентом в полном объеме с учетом требования законодательства РФ.

4.3. Пациент берет на себя обязательства:

4.3.1. Предоставлять Исполнителю всю имеющуюся информацию о состоянии своего здоровья, требуемую для оказания стационарной медицинской помощи (в том числе, но не ограничиваясь, о перенесенных хирургических вмешательствах, травмах, хронических и наследственных заболеваниях, аллергии, склонности к образованию келоидных рубцов).

4.3.2. Своевременно информировать Исполнителя (лечащего врача) об изменении состояния своего здоровья, возникающих сложностях, побочных эффектах и т.п. в процессе оказания стационарной медицинской помощи и после ее завершения.

4.3.3. В период предоставления стационарной медицинской помощи и в период реабилитации неукоснительно соблюдать рекомендации специалистов, а также посещать специалистов и выполнять процедуры в установленное время.

4.3.4. Соблюдать Правила внутреннего распорядка Клиники.

4.3.5. Оплачивать стоимость медицинских услуг в установленные в Настоящем Договоре сроки и не позднее момента выписки Пациента из Клиники оплатить стоимость медицинской помощи, предоставленной дополнительно в соответствии с настоящим Договором и приложениями к нему.

4.3.6. Предоставлять доказательства исполнения обязательства по оплате услуг посредством предоставления оригинала платежного документа с отметкой банка о совершении операции.

4.3.7. Бережно относиться к имуществу Клиники, соблюдать правила внутреннего распорядка Клиники.

4.3.8. Сообщать Исполнителю об изменении данных о себе, включающих адрес для направления корреспонденции.

4.3.9. Подписывать Акт приема-сдачи оказанных услуг.

4.4 **Пациент имеет право на:**

4.4.1. Получение медицинских услуг в соответствии с условиями настоящего Договора.

4.4.2. Отказ от медицинского вмешательства.

4.4.3. Защиту сведений, составляющих врачебную тайну.

4.4.4. Получение информации о своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья, выбор лиц, которым в интересах, Пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья.

4.4.5. Получение по его требованию сведений о конкретном медицинском работнике, предоставившем медицинскую услугу, в объеме, определенном в Федеральном Законе от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

4.4.6. Получение справки об оказании платных медицинских услуг, для предоставления в налоговые органы, по письменному заявлению Клиента.

5. ОСОБЫЕ УСЛОВИЯ

Если в ходе стационарного лечения Пациенту необходимо провести оперативное вмешательство, Пациент подписывает информированные согласия, связанные с оперативным вмешательством, перечисленные в п. 10.6. настоящего Договора.

5.2. Стороны понимают, что в процессе хирургической операции и в послеоперационном периоде для Пациента существует риск осложнений, независящих от качества и уровня лечения, технологий, квалификации персонала, медикаментов и т.д.

5.3. Информированные добровольные согласия, включенные в Перечень Приложений к настоящему Договору или данные в период действия Договора, действительны в течение всего срока действия настоящего Договора.

5.4. В случае невозможности получения от пациента информированного добровольного согласия или отказа, решение о целесообразности проведения медицинской услуги может быть принято путем проведения консилиума врачей.

5.5. Исполнитель обязуется принять максимальные меры для профилактики возможных осложнений, и при их возникновении - содействовать в их лечении. В случае, если результатом перечисленных осложнений будет летальный исход, и экспертная комиссия докажет, что действия Клиники привели к возникновению данных осложнений, Исполнитель обязуется возвратить полную стоимость лечения правопреемникам Пациента и нести ответственность в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

5.6. Сторонами достигнуто соглашение о возможности переноса плановой операции, по причине возникновения временных физических или технических препятствий.

5.7. Пациент при подписании настоящего договора считается уведомленным о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинских работников Клиники, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента. В случае таких нарушений Пациент утрачивает право на

© Охраняется авторским правом.
Исключительное право на распространение принадлежит ООО «Селин Медикал Групп»

предъявление претензии о некачественном оказании услуг по настоящему договору.
5.8. Пациент подтверждает свое согласие на проведение фотосъёмки его изображения, видеонаблюдения в Клинике и на ее территории. Пациент согласен с тем, что материалы, изображения, полученные (зафиксированные данные) при помощи видеокамер, фотоаппаратуры, о состоянии его здоровья, диагнозе и иные сведения, полученные при медицинском обследовании и лечении, а также в ходе консультаций врачей, могут быть использованы сотрудниками Клиники для исполнения своих должностных и трудовых обязанностей. Пациент при подписании настоящего договора подтверждает, что проведение видеонаблюдения, фотосъёмки и фиксации данных не влечет нарушения его права на частную жизнь.
5.9. При использовании материалов, полученных в результате фотосъёмки, видеонаблюдения, Исполнитель обязуется соблюдать режим врачебной тайны и обеспечивать защиту персональных данных. Предоставление материалов третьим лицам, полученных при помощи фотосъёмки, видеокамер, возможно по мотивированному запросу уполномоченных органов, осуществляющих надзорные и контрольные функции по отношению к Исполнителю, а также иным органам в соответствии с ч.4 п.13 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

6. ПОЛОЖЕНИЯ О ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ И ВРАЧЕБНОЙ ТАЙНЕ

6.1. Личные данные о Пациентах (в том числе биометрические) и информация о медицинских услугах относятся к категории персональных данных. Вопросы, связанные с обработкой персональных данных, регулируются в соответствии с нормами Федерального Закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ «О персональных данных».
6.2. К персональным данным относятся данные: фамилия, имя, отчество, дата и место рождения, место регистрации, пол, паспортные данные, гражданство. К биометрическим персональным данным относятся, сведения, которые характеризуют физиологические и биологические особенности человека, на основании которых можно установить его личность.
6.3. Сведения о факте обращения Пациента за получением медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении, составляют врачебную тайну.
6.4. Информация, относящаяся к врачебной тайне, может быть предоставлена родственникам и иным лицам (представителям) с согласия Пациента или его законного представителя.
6.5. Согласие Пациента на предоставление сведений, отнесенных к врачебной тайне, третьим лицам оформляется непосредственно в Клинике в присутствии сотрудников. Документы, составленные в иных организациях, не являются основанием для предоставления сведений, за исключением нотариального удостоверения подписи Пациента.
6.6. Помимо оснований, указанных в п. 6.4. настоящего договора, информация, составляющая врачебную тайну, может быть предоставлена без согласия Пациента или его законного представителя в случаях, предусмотренных п.4 ст. 13 Федерального закона N 323-ФЗ от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

7. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН ЗА НЕИСПОЛНЕНИЕ УСЛОВИЙ ДОГОВОРА

7.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение принятых на себя обязательств по Договору стороны несут ответственность, предусмотренную настоящим Договором и действующим законодательством Российской Федерации.
7.2. В случае, если проводимое стационарное лечение не соответствует порядку оказания медицинской помощи и стандартам медицинской помощи, что привело к повторной операции или дополнительному пребыванию в стационаре Клиники, Пациент не оплачивает расходы по повторной операции в случае подтверждения вины Исполнителя в некачественном стационарном лечении.
7.3. Пациент вправе предъявлять обоснованные требования в соответствии с законодательством Российской Федерации: о возмещении убытков, причиненных неисполнением или ненадлежащим исполнением Исполнителем условий Договора; о возмещении ущерба в случае причинения вреда здоровью и жизни; о компенсации за причинение морального вреда.
7.4. При нарушении Пациентом сроков оплаты стоимости услуг по настоящему Договору, Пациент обязуется уплатить Клинике пени в размере 0.5 % от полной стоимости, указанной в п. 3.3. настоящего договора, за каждый день просрочки платежа.
За нарушение иных условий договора Пациентом, он возмещает Клинике сумму в размере причинённых убытков, включающих, но не ограничивающихся, фактически понесенными расходами Клиники.
7.5. В случае, когда невозможность оказания медицинских услуг возникла по обстоятельствам, за которые ни одна из сторон не отвечает, Пациент возмещает Клинике фактически произведенные расходы, связанные с медицинской услугой, исходя из планируемого лечения.
7.6. Исполнитель не несет ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение принятых на себя обязательств по Договору, если такое неисполнение или ненадлежащее исполнение вызвано нарушением Пациентом обязательств по настоящему договору или наступлением обстоятельств, указанных в п. 4.2.1 настоящего договора.

© Охраняется авторским правом.
Исключительное право на распространение принадлежит ООО «Селин Медикал Групп»

7.7. В случае предоставления недостоверной информации в соответствии с п. 4.3.1. - 4.3.3. Исполнитель не несет ответственность за последствия, выражающиеся в появлении у Пациента непосредственно после оказания медицинских услуг Клиникой побочных эффектов и/или осложнений.
7.8. При применении норм об очередности погашения требований следует исходить из того, что проценты, предусмотренные за неисполнение или просрочку исполнения денежного обязательства, погашаются после оплаты суммы основного долга.
7.9. Стороны договорились об обязательном соблюдении досудебного порядка урегулирования споров, вытекающих из настоящего Договора. В случае не достижения согласия, спор передается на рассмотрение в суд в установленном законодательством Российской Федерации порядке.
7.10. В случае нарушения Пациентом обязательств по оплате стоимости оказанных медицинских услуг по настоящему Договору, Исполнитель уведомляет Пациента о задолженности по оплате услуг по настоящему Договору. Датой уведомления считается дата вручения уведомления Пациенту или его Представителю на 5 (пятый) календарный день с момента поступления почтовой корреспонденции в отделение почтовой связи по адресу регистрации Пациента, указанному в п. 11 настоящего Договора.
Полномочия представителя для целей вручения уведомления о задолженности могут быть определены на основании письменного указания или следовать из обстановки.
7.11. По истечении 5 дней с момента уведомления Пациента или лица, указанного в п. 7.10, при неисполнении обязательств в полном объеме, Исполнитель имеет право обратиться с требованиями в суд.
7.12. В случае претензии на качество оказанных медицинских услуг, Пациент или лицо, уполномоченное им на основании нотариально удостоверенной доверенности, предъявляет претензию в письменном виде уполномоченному представителю Исполнителя. На основании претензии Исполнитель организует проведение врачебной комиссии, которая выносит обоснованное решение не позднее 20 рабочих дней с момента поступления претензии. Решение врачебной комиссии оформляется протоколом, который доводится до сведения Пациента или его представителя, действующего на основании доверенности. В случае несогласия с решением врачебной комиссии, Пациент вправе оспорить его в суде.

8. ФОРС-МАЖОР

8.1.Ни одна из Сторон не будет нести ответственность за полное или частичное неисполнение любой из своих обязанностей по Договору, если неисполнение будет являться последствием таких обстоятельств, как наводнение, пожар, землетрясение и другие стихийные бедствия, решения высших законодательных и исполнительных органов, забастовки и иные социальные волнения, война или военные действия, возникшие после заключения договора и препятствующие исполнению настоящего Договора.
8.2. Если любое из таких обстоятельств непосредственно повлияло на невыполнение обязательства в срок, установленный в настоящем Договоре, то этот срок соразмерно отодвигается на время действия соответствующего обстоятельства.
8.3. Сторона, для которой создалась невозможность исполнения обязательства, обязана немедленно, с момента возникновения таковых, в письменной форме уведомить другую Сторону о наступлении, предполагаемом сроке действия или прекращении вышеуказанных обстоятельств. Факты, изложенные в уведомлении, при необходимости должны быть подтверждены компетентным государственным органом.
8.4. Не уведомление или несвоевременное уведомление лишает Сторону права ссылаться на любые вышеуказанные обстоятельства как на основание, освобождающее от ответственности за неисполнение обязательства.
8.5. Если невозможность полного или частичного исполнения обязательства одной из Сторон будет существовать свыше двух месяцев, другая Сторона будет иметь право расторгнуть настоящий Договор полностью или частично без обязанности по возмещению возможных убытков.

9. СРОК ДЕЙСТВИЯ, ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА

9.1. Настоящий Договор вступает в силу с даты подписания его обеими Сторонами и действует до полного выполнения Сторонами взятых на себя обязательств.
9.2. Исполнитель вправе не приступать к оказанию медицинских услуг по настоящему Договору до момента исполнения Пациентом обязательств по:
9.2.1. передаче подписанного Договора;
9.2.2. передаче документов согласно п.п. 4.3.1- 4.3.2 настоящего Договора;
9.2.3. исполнению обязательств по оплате в соответствии с п.3.3.настоящего Договора.
9.3. Настоящий Договор может быть досрочно расторгнут:
- в связи с действиями (бездействием) Пациента, которые фактически препятствуют оказанию медицинских услуг, либо делают невозможным их предоставление качественно, своевременно или в полном объеме;
- при нарушении Пациентом Правил внутреннего распорядка Клиники;
- в случаях, предусмотренных законодательством РФ.
9.4. При наличии оснований для применения п. 7.10. настоящего Договора, Исполнитель уведомляет Пациента об этом. При действиях Пациента, выражающих игнорирование требований Клиники, Договор может быть расторгнут Клиникой в одностороннем порядке.

© Охраняется авторским правом.
Исключительное право на распространение принадлежит ООО «Селин Медикал Групп»

9.5. В случае отказа Пациента после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается. Пациент оплачивает Исполнителю все услуги, оказанные до момента выписки Пациента.
9.6. Во всех случаях расторжения Договора Стороны обязаны произвести выверку взаиморасчетов.

10. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

10.1. Стороны подтверждают, что при заключении настоящего договора Пациенту предоставлена полная информация в доступной для понимания форме о тех медицинских услугах, которые будут предоставлены в соответствии с настоящим договором.
10.2. Во всем остальном, что не предусмотрено настоящим Договором, стороны будут руководствоваться действующим в Российской Федерации законодательством. Все понятия, используемые в настоящем Договоре, трактуются в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны, здоровья граждан в Российской Федерации».
10.3. Изменения и дополнения к настоящему Договору действительны, если они совершены в письменной форме и подписаны сторонами или их уполномоченными представителями.
10.4. Все уведомления и сообщения, направляемые в связи с изменением настоящего Договора, должны быть совершены в письменной форме.
10.5. Настоящий Договор составлен в 2 (двух) экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из Сторон. В соответствии с п.2 ст.160 ГК РФ при подписании настоящего Договора и приложений к нему со стороны Исполнителя может быть использовано факсимильное воспроизведение подписи.
10.6. Приложения, изложенные в настоящем пункте, являются неотъемлемой частью настоящего Договора:
1. Приложение № 1 «Перечень платных медицинских услуг»;
2. Приложение № 2 «Правила внутреннего распорядка для Пациентов Клиники»;
3. Приложение № 3 «Информированное добровольное согласие на хирургическое вмешательство»;
4. Приложение № 4 «Информированное добровольное согласие на анестезиологическое обеспечение медицинского вмешательства»;
5. Приложение № 5 «Информированное добровольное согласие на переливание донорской крови и её компонентов»;
6. Приложение № 6 «Согласие на обработку персональных данных».

11. АДРЕСА, РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

ИСПОЛНИТЕЛЬ:
ООО "Селин Медикал Групп"
Юридический адрес: 129090, Москва г, Протопоповский пер, дом 19, строение 13, этаж 4, комната 11.
Фактический адрес: 119021, Москва, ул. Тимура Фрунзе дом 11, строение 15
Тел.: +7 (499) 499-26-26, E-mail: info@selineclinic.ru
ОГРН: 1187746315382
ИНН/КПП: 7703445101/770201001
Р/счет: 40702810526000000687
ФИЛИАЛ «Центральный» БАНКА ВТБ (ПАО) в г. Москве
К/счет: 30101810145250000411
БИК: 044525411

_____/ Климов А.М.

М.П.

ПАЦИЕНТ:
Тест Арнольд Петрович

Паспорт гражданина РФ, серия: 58 76, № 567970, выдан: 04.06.1992, отдел, № подр.

Адрес регистрации: 142050, Московская обл., г. Домодедово, ул. Свободы (Белые Столбы мкр.), д. 5, кв. 123
Телефон: +7(123)654-78-93

_____/ Тест Арнольд Петрович

© Охраняется авторским правом.
Исключительное право на распространение принадлежит ООО «Селин Медикал Групп»

Правила внутреннего распорядка для пациентов клиники
ООО «Селин Медикал Групп»

1. Общие положения.

1.1. Правила внутреннего распорядка для пациентов клиники ООО «Селин Медикал Групп» (далее по тексту- Правила) являются организационным правовым документом, регламентирующим, в соответствии с законодательством Российской Федерации в сфере здравоохранения поведение пациентов в период посещения ими ООО «Селин Медикал Групп» (далее по тексту - Клиника), а также иные вопросы, возникающие между участниками правоотношений — Пациентом (его представителем) и Клиникой.
1.2. Настоящие Правила являются обязательными для персонала, пациентов, а также иных лиц, обратившихся в Клинику, и разработаны в целях соблюдения, предусмотренных законодательством прав Пациента и создание наиболее благоприятных возможностей для оказания Пациенту своевременной медицинской помощи надлежащего качества в полном объеме.
1.3. Правила внутреннего распорядка являются общедоступными и размещаются на официальном сайте и на информационном стенде в холле Клиники.

2. Порядок обращения, права и обязанности пациента.

2.1. При обращении за медицинскими услугами **Пациент имеет право на:**
- уважительное и гуманное отношение со стороны медицинских работников и других сотрудников, участвующих в предоставлении медицинских услуг;
- информацию о фамилии, имени, отчестве, должности и квалификации его лечащего врача и других лиц, участвующих в предоставлении ему медицинских услуг;
- обследование, лечение и нахождение в Клинике в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим и противоэпидемическим требованиям;
- на выбор лечащего врача, при его согласии и с разрешения директора Клиники;
- добровольное информированное согласие пациента на медицинское вмешательство в соответствии с законодательством Российской Федерации;
- на отказ от оказания (прекращение) медицинской помощи;
- обращение в установленном в Клинике порядке с жалобой к должностным лицам, а также руководству Клиники, должностным лицам государственных органов или в суд;
- сохранение медицинскими работниками в тайне информации о факте его обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья, диагнозе, иных сведений, полученных при его обследовании и лечении, за исключением случаев, предусмотренных законодательством;
- получение в доступной для него форме полной информации о состоянии его здоровья, применяемых методах диагностики и лечении, а также на выбор лиц, которым может быть передана информация о его здоровье.

2.2. При обращении за медицинскими услугами в Клинику Пациент обязан:
2.2.1. Соблюдать:
- внутренний распорядок и санитарно-противоэпидемический режим (вход в Клинику только в сменной обуви или бахилах, верхняя одежда должна быть оставлена в гардеробе);
- тишину, чистоту и порядок;
- требования пожарной безопасности. При обнаружении источника пожара, иных источников, угрожающих общественной безопасности, немедленно сообщить сотрудникам Клиники.

2.2.2. При первичном посещении Клиники предъявить паспорт или другие документы, удостоверяющие его личность для заключения Договора на оказание платных медицинских услуг в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации.
2.2.3. При первичном посещении прийти в Клинику за 25 минут до начала приема. Этот период времени необходим для заключения договора и заполнения всей необходимой медицинской

© Охраняется авторским правом.
Исключительное право на распространение принадлежит ООО «Селин Медикал Групп»

документации (добровольного информированного согласия на виды медицинских вмешательств, согласия на обработку персональных данных, анкеты пациента).
2.2.4. Предоставить полную и реальную информацию о состоянии своего здоровья медицинским сотрудникам, принимающим участие в процессе лечения.
2.2.5. Сообщать о любых непредвиденных ситуациях, сложившихся в процессе лечения.
2.2.6. Своевременно информировать администратора Клиники о всех изменениях своих персональных данных (имени, фамилии, адресе, телефоне).
2.2.7. Своевременно информировать администратора Клиники в случае невозможного посещения приема врача в назначенное время.
2.2.8. Производить полную и своевременную оплату услуг.
2.2.9. Уважительно относится к медицинскому персоналу и сотрудникам Клиники, проявлять вежливое, толерантное и доброжелательное отношение к другим пациентам.
2.2.10. Бережно относиться к имуществу Клиники.
2.3. При нахождении в Клинике пациенту ЗАПРЕЩЕНО:
- находится в верхней одежде без сменной обуви (бахил);
- иметь при себе предметы и средства, представляющие угрозу для окружающих;
- вести громкие разговоры, в том числе по мобильному телефону;
- курить в помещении Клиники, а также на всей прилегающей к Клинике территории;
- распивать спиртные напитки, принимать пищу;
- приходить на прием с животными;
- самовольно покидать стационар клиники;
- находиться в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения, за исключением случаев оказания неотложной помощи;
- использовать служебные телефоны, копировальную технику в личных целях;
- находиться в служебных помещениях Клиники без разрешения сотрудников Клиники;
- выносить из Клиники имущество и документы, полученные для ознакомления без разрешения сотрудников Клиники, а также инвентарь, мебель, средства личной гигиены (туалетные принадлежности, махровый халат, полотенце, постельное белье), принадлежащие Клинике;
- изымать документы из медицинских карт, со стендов, папок информационных стендов без разрешения сотрудников Клиники;
- размещать объявления любого характера в помещении Клиники;
- производить фото- и видеосъемку без разрешения сотрудников Клиники.

2. 4. Порядок разрешения конфликтных ситуаций между Пациентом и Клиникой

В случае нарушения прав пациента, он (его законный представитель) может обратиться с жалобой, согласно порядку обращения Пациента, установленному руководством Клиники, а также, в вышестоящую организацию, страховую компанию или в суд в порядке, установленном действующим законодательством.

3. Ответственность.

3.1. За нарушение правил внутреннего распорядка, правил санитарно-противоэпидемического режима и санитарно-гигиенических норм Пациент (посетитель) может быть привлечен к административной и гражданской ответственности в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации.
3.2. **За повреждение и уничтожение имущества клиники, Клиника вправе взыскать с Пациента стоимость причиненного ущерба. За курение в отделении пластической хирургии Клиника вправе взыскать с Пациентам стоимость дезодорационных работ в размере 50 000 (пятьдесят тысяч) рублей.**
3.3. За нарушение правил внутреннего распорядка Клиники нарушителю (Пациенту, посетителю) может быть отказано в предоставлении медицинских услуг в соответствии с:
- Федеральным законом от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
- Законом Российской Федерации от 07.02.1992 г. № 2300-1 «О защите прав потребителей»;
- Постановлением Правительства Российской Федерации от 16.04.2012 г. № 291 «О лицензировании медицинской деятельности»;
- Постановлением Правительства Российской Федерации от 04.10.2012 г. № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг».

© Охраняется авторским правом.
Исключительное право на распространение принадлежит ООО «Селин Медикал Групп»

Пациент: Тест Арнольд Петрович

Подпись пациента: _____

© Охраняется авторским правом.
Исключительное право на распространение принадлежит ООО «Селин Медикал Групп»

Приложение № 3 к Договору
на оказание(предоставление) платных медицинских услуг в условиях стационара
№С от 05.02.2024

Информированное добровольное согласие

г. Москва Дата: 5 февраля 2024 г.

Я, Тест Арнольд Петрович, 20.05.1964 г. рождения,
зарегистрированный (-ая) по адресу: 142050, Московская обл., г. Домодедово, ул. Свободы (Белые Столбы мкр.), д. 5, кв. 123
в соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" даю и настоящим подтверждаю, что по собственной воле, осознанно и самостоятельно, а не под влиянием обмана, стечения тяжелых обстоятельств, угроз, насилия, добровольно соглашаюсь **на оперативное (медицинское) вмешательство** _____
которое будет проводиться в отделении хирургии ООО «Селин Медикал Групп» (ОГРН 1187746315382) по адресу: 119021, г. Москва, ул. Тимура Фрунзе, д. 11, стр. 15. врачом: _____
(квалификация, ФИО - полностью)

1. Перед проведением вышеуказанной процедуры я в максимально полном объеме сообщил(а) врачу информацию о себе и состоянии моего здоровья, а именно:
- о наличии/ отсутствии хронических заболеваниях:
_____
(нужное подчеркнуть, при наличии указать)
- о принимаемых лекарственных препаратах:
_____
(при наличии указать)
- о проведении подобного(аналогичного) оперативного (медицинского) вмешательства ранее и его результатах:
_____
(при наличии указать)

2. Мне в доступной форме, предоставлена информация:
2.1. О состоянии моего здоровья, а именно:
- о наличии, характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего состояния согласно установленному диагнозу в соответствии с МКБ-10;
- о результатах лечения и обследований, проведенных до настоящего момента.
2.2. О предстоящем оперативном(медицинском) вмешательстве:
- о этапах проведения оперативного вмешательства и об ожидаемых результатах;
- о возможных последствиях и осложнениях, вовремя и после оперативного вмешательства;
- о действии применяемых медикаментов;
- обо всех возможных вариантах оперативного (медицинского) вмешательства, альтернативных видах и методах лечения и о наличии показаний к их проведению;
- о прогнозе и методах дальнейшего лечения, о необходимости и целесообразности приема(применения) в дальнейшем тех или иных лекарственных препаратов.
2.3. О рекомендациях в послеоперационный период и требованиях по их обязательному соблюдению с моей стороны.
3. Я в полной мере понимаю и оцениваю необходимость проведения, указанного выше медицинского вмешательства и предупрежден(-а) о возможных побочных осложнениях, обусловленных биологическими особенностями организма, о последствиях и связанных с ними рисками, включая не зависящие от соблюдения применяемой технологии (т.е. о непреднамеренном причинении вреда здоровью).
4. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от процедуры до момента начала её проведения.
5. Мне в достаточной мере было предоставлено время для обдумывания и принятия окончательного решения по вопросу проведения оперативного(медицинского) вмешательства.
6. Я имел(а) возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получил(а) исчерпывающие ответы от лечащего врача.
7. Получив от лечащего врача полную и исчерпывающую информацию об оперативном(медицинском) вмешательстве, возможных последствиях и осложнениях в связи с ним, я подтверждаю, что мне понятен смысл

© Охраняется авторским правом.
Исключительное право на распространение принадлежит ООО «Селин Медикал Групп»

всех терминов, на меня не оказывалось давление, и я осознанно заявляю и принимаю решение о проведении оперативного (медицинского вмешательства). Я осознаю, что проводимая процедура не гарантирует достижения 100 % (сто процентного) ожидаемого мной результата. Что вопрос об оценке результата является субъективным и всегда относительным. Для объективной оценки требуется экспертная комиссия специалистов данного профиля, имеющая соответствующие полномочия. Я понимаю и соглашаюсь, что несмотря на то, что врач согласовал со мной все детали предстоящей операции, конечный результат может визуально отличаться от моих ожиданий и субъективная эстетическая оценка не может быть основанием для претензий.

8. В случае возникновения необходимости в проведении дополнительных вмешательств, добровольно даю согласие на их проведение, в том числе хирургических манипуляций и операций. Мне разъяснено, что в случаях, когда мое состояние не позволит мне выразить свою волю, а необходимость проведения лечения будет неотложна, вопрос о медицинском вмешательстве, о его виде и тактике проведения, в т. ч. о дополнительном вмешательстве, в моих интересах решает консилиум, а при невозможности получения решения консилиума – непосредственно оперирующий и/или дежурный врач с последующим уведомлением должностных лиц медицинского центра ООО «Селин Медикал Групп», а при необходимости – законных представителей.

9. Не возражаю против записи оперативного (медицинского) вмешательства на информационные носители, демонстрации лицам с медицинским образованием – исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны, а также фотосъемки в до - и послеоперационный период для надлежащего оформления медицинской документации.

10. Я обязуюсь:

- соблюдать рекомендации лечащего врача, в том числе указанные в выписном эпикризе;
- немедленно информировать медицинский персонал ООО «Селин Медикал Групп» в случае возникновения любых отклонений от обычного послеоперационного течения (кровоточивость, чувство распирания, нарастающая болезненность в послеоперационной зоне, изменение общего самочувствия)
- соблюдать режим пребывания в стационаре;

11. Разрешаю, в случае необходимости, предоставить информацию о моем диагнозе, степени тяжести и характере моего заболевания моим родственникам, гражданам:

_____

Ф.И.О. Пациента: Тест Арнольд Петрович

Подпись пациента: _____

Дата: 5 февраля 2024 г.

Я подтверждаю, что в полном объеме разъяснил пациенту суть, ход выполнения оперативного (медицинского) вмешательства его результаты и возможные негативные последствия, требования и рекомендации для пациента, а также ответил на все заданные вопросы.

Врач: _____/_____/
(Ф.И.О.) (подпись)

Дата: 5 февраля 2024 г.

В случае если пациент отказался от проведения процедуры до начала её проведения, стоимость процедуры подлежит возврату в порядке предусмотренном законодательством РФ, за вычетом затрат и расходов понесенных Клиникой в связи с запланированным оперативным вмешательством.

© Охраняется авторским правом.
Исключительное право на распространение принадлежит ООО «Селин Медикал Групп»

Информированное добровольное согласие
на анестезиологическое обеспечение медицинского вмешательства

г. Москва
5 февраля 2024 г.

Я, Тест Арнольд Петрович, 20.05.1964 г. рождения
зарегистрированный (-ая) по адресу: 142050, Московская обл., г. Домодедово, ул. Свободы (Белые Столбы мкр.), д. 5, кв. 123

находясь на лечении/ обследовании ***(ненужное зачеркнуть)***, в отделении

ХИРУРГИИ

(название отделения, номер палаты)

медицинского центра Общества с ограниченной ответственностью «Селин Медикал Групп» и в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» по собственной воле, а не под влиянием обмана, стечения тяжелых обстоятельств, угроз, насилия осознанно и самостоятельно обращаюсь с заявлением о проведении мне операции, которая сопровождается необходимостью применения анестезиологического пособия

(название вида обезболивания, возможность изменения анестезиологической тактики)

• Я поставил (-а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, пищи, бытовой химии, пыльцы цветов; обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, анестезиологических пособиях; об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Сообщил (-а) правдивые сведения о наследственности, употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств;

• Я информирован (-а) о целях, характере и неблагоприятных эффектах анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства, а также о том, что предстоит мне (представляемому) делать во время его проведения;

• Я предупрежден (-а) о факторах риска и понимаю, что проведение анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства сопряжено с риском нарушений со стороны сердечно-сосудистой, нервной, дыхательной и других систем жизнедеятельности организма, непреднамеренного причинения вреда здоровью, и даже неблагоприятного исхода;

• Мне разъяснено, и я осознаю, что во время анестезиологического пособия могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения. В таком случае, я согласен (согласна) на то, что вид и тактика анестезиологического пособия может быть изменена врачами по их усмотрению;

• Содержание и результат анестезиологического пособия, возможные опасности и осложнения, а также возможности альтернативных методов мне полностью объяснены, и я их полностью понял(-а).

• Особенно важными и полностью ясными для меня являются следующие положения об особенностях метода, которые не зависят от качества, оказываемых мне медицинских услуг:

- возможность изменения тактики и метода обезболивания при изменении моего состояния и/или течения операции;
- возможность развития аллергических реакций на применяемые препараты;
- возможность введения, в случае необходимости, дополнительных средств мониторинга: центральных катетеров, мочевого катетера, термодатчиков и др.;
- сонливость и нарушение концентрации внимания, тошнота и рвота, головная боль, боль в области операционного вмешательства в послеоперационном периоде;
- временная проходящая частичная потеря голоса при интубационном наркозе;
- временная проходящая частичная или полная потеря подвижности конечностей при эпидуральной или спинальной анестезии;
- несмотря на всестороннюю профилактику осложнений, осуществляемую анестезиологическим персоналом, с целью свести риск их появления к минимуму, вовремя и после операции возможно развитие общехирургических осложнений (кровотечение, тромбофлебит, тромбоэмболия, а также специфических осложнений, характерных для данного вида анестезиологического пособия.

© Охраняется авторским правом.
Исключительное право на распространение принадлежит ООО «Селин Медикал Групп»

В редких случаях для ликвидации осложнений может потребоваться операция.
• Я предупрежден(-а) о том, что нарушение рекомендаций анестезиолога ставит под сомнение получение запланированного результата лечения и проведения анестезиологического пособия. А именно:
- прекращение приема твердой пищи за 6-8 часов, жидкой за 4 часа, воды за 2 часа до предполагаемого времени наркоза. Исключение составляют случаи приема ограниченного количества воды для приема лекарств или случаи, особо обговоренные с анестезиологом;
- прекращение приема препаратов, влияющих на свертываемость крови за 7-10 дней до запланированного результата лечения и проведения анестезиологического пособия.
• Мне разъяснено, и я понимаю необходимость нахождения в стационаре клиники в течение всего рекомендуемого времени.
• Я информирован(-а) о том, что мне не рекомендовано управлять транспортным средством в течение 48 часов после операции.
• Я информирован(-а) о том, что нарушение мной этих рекомендаций может негативно сказаться на результате лечения и моем самочувствие.
• Я подтверждаю, что врач и персонал приложили все усилия, чтобы разъяснить все особенности проводимого лечения и его особенностей.
• Я удостоверяю, что ознакомилась(-ся) с приведенной выше информацией, что полученные мной объяснения меня полностью удовлетворяют и, что я полностью понимаю назначение данного документа, и подтверждаю свое согласие на проведение анестезиологического пособия.
О последствиях

_____
(возможных осложнениях при выполнении анестезии)
и связанных с ними риском информирован(на) врачом анестезиологом/ анестезиологом-реаниматологом:

_____
(фамилия, имя, отчество врача анестезиолога/ анестезиолога-реаниматолога)

• Разрешаю, в случае необходимости, предоставить информацию о моем диагнозе, степени тяжести и характере моего заболевания моим родственникам, гражданам:_____.

Дата: 5 февраля 2024 г.

ФИО пациента: Тест Арнольд Петрович

Подпись пациента: _____

Я свидетельствую, что разъяснил пациенту(ке) суть и возможные последствия процедур и манипуляций, о чем пациент(ка)расписался(ась) в моем присутствии.
Врач: _____
_____.
(подпись) (должность, И.О. Фамилия)

Примечание:

В случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно, вопрос об анестезиологическом обеспечении при проведении медицинского вмешательства в интересах гражданина решает консилиум, а при невозможности собрать консилиум – непосредственно врач анестезиолог и/или анестезиолог-реаниматолог и лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением главного врача, а в выходные, праздничные дни, вечернее и ночное время – ответственного дежурного врача.

Подпись пациента: _____ Подпись врача: _____.

(должность, И.О. Фамилия)

Консилиум врачей в составе:

© Охраняется авторским правом.
Исключительное право на распространение принадлежит ООО «Селин Медикал Групп»

Должность, Ф.И.О. и подпись _____
/_____

Должность, Ф.И.О. и подпись _____
/_____

Должность, Ф.И.О. и подпись _____
/_____

© Охраняется авторским правом.
Исключительное право на распространение принадлежит ООО «Селин Медикал Групп»

Приложение № 5 к Договору
на оказание(предоставление) платных медицинских услуг в условиях стационара
№С от 05.02.2024

Информированное добровольное согласие
на переливание донорской крови и её компонентов

г. Москва 5 февраля 2024 г.

Я, Тест Арнольд Петрович, 20.05.1964 г. рождения
зарегистрированный (-ая) по адресу: 142050, Московская обл., г. Домодедово, ул. Свободы (Белые Столбы мкр.), д. 5, кв. 123
получая платную медицинскую услугу по оперативному вмешательству_____
_____в стационарном отделении Общества с ограниченной ответственностью «Селин Медикал Групп», далее - Клиника, в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» по собственной воле, а не под влиянием обмана, стечения тяжелых обстоятельств, угроз, насилия осознанно и самостоятельно обращаюсь с заявлением о проведении мне по жизненным показаниям, гемотрансфузии (переливание крови и её компонентов) с привлечением третьих лиц, на основании договорных отношений. Ответственность за действия третьих лиц в полном объеме несет Клиника.
Я подтверждаю, что получил(-а) разъяснения по проведению переливания крови и/или ее компонентов.
• Я информирован(-а) о целях, характере, особенностях и методах оказания данного вида медицинского вмешательства, о предполагаемых результатах его проведения, о последствиях и связанных с ним рисках, а также, о неблагоприятных эффектах и возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью.
• Я извещен(-а) о возможности отказа от данного вида медицинского вмешательства и о вероятном течении заболевания, возможном ухудшении состояния моего здоровья при отказе от проведения переливания крови и/или ее компонентов.
• Я получил(-а) информацию об альтернативных методах лечения.
• Я имел(а) возможность задать любые интересующие вопросы касательно состояния здоровья, заболевания и предстоящего лечения и получил(-а) на них исчерпывающие ответы.
• Я поставил(-а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) травмах, операциях, заболеваниях, о принимаемых лекарственных средствах.
• Я подтверждаю, что все сведения которые сообщил(-а) лечащему врачу о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств, являются точными и верными.
• Я прочитал(-а) и понял(-а) все вышеизложенное, с предложенным планом лечения согласен(на).
• **Я добровольно даю согласие, при наличии медицинских показаний, на проведение гемотрансфузии (переливание крови и её компонентов) в период оперативного медицинского вмешательства и/или стационарного лечения в сроки, количестве и объеме, определяемых лечащим врачом.**
• Разрешаю, в случае необходимости, предоставить информацию о моем диагнозе, степени тяжести и характере моего заболевания моим родственникам, гражданам: _____

Ф.И.О. пациента: Тест Арнольд Петрович

Подпись пациента: _____ 5 февраля 2024 г.

Я свидетельствую, что разъяснил пациенту (пациентке) суть и возможные последствия процедур и манипуляций, о чем пациент (пациентка) расписался (расписалась) в моем присутствии.

Врач: _____
_____.
(подпись) (должность, И.О. Фамилия)

© Охраняется авторским правом.
Исключительное право на распространение принадлежит ООО «Селин Медикал Групп»

Примечание:

В случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно, вопрос о переливании крови при проведении медицинского вмешательства в интересах гражданина решает консилиум, а при невозможности собрать консилиум – непосредственно врач анестезиолог и/или анестезиолог-реаниматолог и лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением главного врача, а в выходные, праздничные дни, вечернее и ночное время – ответственного дежурного врача.

Ф.И.О. пациента: Тест Арнольд Петрович

Подпись пациента: _____ 5 февраля 2024 г.

Расписался в моем присутствии: _____

Врач: _____.
(подпись) (должность, И.О. Фамилия)

Консилиум врачей в составе:

Должность, Ф.И.О. и подпись _____
/_____/

Должность, Ф.И.О. и подпись _____
/_____/

Должность, Ф.И.О. и подпись _____
/_____/

© Охраняется авторским правом.
Исключительное право на распространение принадлежит ООО «Селин Медикал Групп»

СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ПЕРЕДАЧУ И ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

г. Москва 5 февраля 2024 г.

Я, Тест Арнольд Петрович, 20.05.1964 г. рождения, (действующий(ая) от своего имени зарегистрированный (зарегистрированная) по адресу: 142050, Московская обл., г. Домодедово, ул. Свободы (Белые Столбы мкр.), д. 5, кв. 123,
паспорт РФ: серия: 58 76, № 567970, выдан: 04.06.1992, отдел, № подр. ,
даю согласие на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку своих персональных данных (в том числе биометрических) далее - персональные данные, а именно совершение действий, предусмотренных ст. 9 Федерального закона от 27.07.06 г. «О персональных данных» № 152-ФЗ оператору персональных данных ООО «Селин Медикал Групп», адрес: 119021, г. Москва, ул. Тимура Фрунзе, д. 11, стр. 15., на обработку в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг моих персональных данных, включающих:

- фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, адрес регистрации, контактный(е) телефоны, возраст;
- реквизиты паспорта или иного документа, удостоверяющего личность;
- место работы, занимаемая должность, данные о трудовой деятельности;
- семейное положение, состав семьи и данные о родственниках;
- реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (при необходимости их использования при оформлении документации);
- данные о состоянии моего здоровья, диагнозе заболевания, о факте обращения за медицинской помощью.

Я предоставляю право работникам Оператора на обработку моих персональных данных в рамках действующего законодательства РФ, а именно: совершение любых действий (операций) или совокупности действий (операций) с моими персональными данными с использованием средств автоматизации или без использования таких средств, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение моих персональных данных.

Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные в том числе посредством внесения их в медицинские карты, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных по ОМС (договором ДМС), внесения их в электронную базу данных.

В интересах моего обследования и лечения я предоставляю право работникам Оператора передавать мои персональные данные другим медицинским организациям в случае необходимости их привлечения для оказания отдельных видов медицинских услуг.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе медицинского страхования на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховой организацией и территориальным фондом ОМС (при наличии соответствующих договоров), а также передавать соответствующую информацию в порядке ст. 13 Федерального закона от «21» ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку действия настоящего Договора.

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 (за исключением блокирования и хранения) в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате, оказанной мне до этого медицинской помощи и обеспечить их.

Ф.И.О. пациента: Тест Арнольд Петрович

Исполнитель: _____ *Пациент: _____*

© Охраняется авторским правом.
Исключительное право на распространение принадлежит ООО «Селин Медикал Групп»

Подпись пациента: _____

Seline clinic

Юр. адрес: 129090, г. Москва, Протопоповский пер.,
дом 19, строение 13, этаж 4, комната 11
+7 (499) 499-26-26 | seline.ru | info@selineclinic.ru
ИНН 7703445101 | КПП 770201001 | ОГРН 1187746315382
ФИЛИАЛ «ЦЕНТРАЛЬНЫЙ» БАНКА ВТБ (ПАО) В Г. МОСКВА
БИК 044525745 | К/с 30101810145250000411
Р/с 40702810526000000687

Анкета пациента
ООО «Селин Медикал Групп»

Уважаемый Пациент!

На процесс лечения может оказать влияние Ваша медицинская история, поэтому до приема необходимо тщательно заполнить специальную анкету Пациента.

Данные анкеты **строго конфиденциальны.** Если при ее заполнении у Вас возникли вопросы, Вы можете обратиться за помощью к врачу или его ассистенту.

ФИО Пациента: _____

Дата рождения: _____ **Возраст:** _____ **Пол:** _____ **Рост:** _____

Вес: _____

Род занятий: _____

Домашний телефон: _____**Мобильный телефон:** _____

Планируемое хирургическое вмешательство:_____

Лечащий врач: _____

Если Вы отвечаете на вопрос утвердительно, ответ необходимо пояснить.

Имеете ли Вы:

Зубные протезы: ☐ Да ☐ Нет _____

Плохо зафиксированные зубы: ☐ Да ☐ Нет _____

Аллергии (пищевые, на медикаменты и т. д.): ☐ Да ☐ Нет _____

Есть ли аллергии у близких родственников? ☐ Да ☐ Нет _____

Были ли у Вас аллергические реакции во время анестезии? ☐ Да ☐ Нет _____

Делали ли Вам ранее общую анестезию? ☐ Да ☐ Нет _____

Нормально ли Вы просыпались после анестезии? ☐ Да ☐ Нет _____

Были ли у Вас осложнения (флебит, эмболия, кровотечение и т. д.)? ☐ Да ☐ Нет _____

Говорил ли Ваш анестезиолог о каких-либо особенностях во время анестезии? ☐ Да ☐ Нет

_____

© Охраняется авторским правом.
Исключительное право на распространение принадлежит ООО «Селин Медикал Групп»

Переносили ли Вы местную анестезию (при лечении зубов, носа и т. д.)? ☐ Да ☐ Нет

Если «Да», то указать, были ли какие-либо особенности? _____

Известны ли Вам случаи каких-либо происшествий во время анестезии в Вашей семье? ☐ Да ☐ Нет

_____

Была ли у Вас тромбоэмболия легочной артерии? ☐ Да ☐ Нет _____

Были ли случаи флебитов или тромбоэмболии легочной артерии в Вашей семье? ☐ Да ☐ Нет

_____

Курите ли Вы? ☐ Да ☐ Нет

Если «Да», то указать как долго и сколько сигарет в день: _____

Употребляете ли Вы алкоголь? ☐ Да ☐ Нет _____

Если «Да», то указать, были ли какие-либо особенности _____

Есть ли у Вас заболевания печени? ☐ Да ☐ Нет _____

Имеются ли у Вас заболевания желудочно-кишечного тракта? ☐ Да ☐ Нет

_____

_____

Были ли у Вас неврологические или нервно-моторные нарушения (воспаление седалищного нерва, параличи и т. д.)? ☐ Да ☐ Нет _____

Использовали ли Вы глазные капли (от глаукомы и т. д.)? ☐ Да ☐ Нет

Были ли у Вас травмы глаз? ☐ Да ☐ Нет _____

Носите ли Вы:

Контактные линзы? ☐ Да ☐ Нет _____

Слуховой протез? ☐ Да ☐ Нет _____

Страдали ли Вы заболеваниями почек, простаты? ☐ Да ☐ Нет _____

Почечной недостаточностью? ☐ Да ☐ Нет _____

Инфекцией мочевыводящих путей? ☐ Да ☐ Нет _____

Страдаете ли Вы заболеваниями щитовидной железы? ☐ Да ☐ Нет _____

Вопросы для женщин:

Есть ли у Вас дети? ☐ Да ☐ Нет

Если «Да», то указать количество: _____

Были ли у Вас выкидыши? ☐ Да ☐ Нет

Если «Да», то указать количество: _____

Страдали ли Вы гипертонией беременных? ☐ Да ☐ Нет

Принимаете ли Вы оральные контрацептивы ☐ Да ☐ Нет _____

Стоит ли у Вас внутриматочная спираль? ☐ Да ☐ Нет

Беременны ли Вы? ☐ Да ☐ Нет _____

Какие хирургические вмешательства Вам уже пришлось перенести? _____

_____

© Охраняется авторским правом.
Исключительное право на распространение принадлежит ООО «Селин Медикал Групп»

Были ли у вас раньше случаи госпитализации? ☐ Да ☐ Нет

Если «Да», указать причину и обстоятельства _____

_____

Наблюдаетесь ли Вы по поводу:

Диабета? ☐ Да ☐ Нет

Глаукомы? ☐ Да ☐ Нет

Повышенного артериального давления? ☐ Да ☐ Нет

_____

Других заболеваний? ☐ Да ☐ Нет _____

Принимали ли Вы какие-либо медикаменты последние 2 недели ☐ Да ☐ Нет

если «да», заполните, пожалуйста, таблицу ниже:

Название препарата:				
Утро				
День				
Вечер				

Принимаете ли Вы какие-либо препараты постоянно (Антитромботики: Синтром, Аспирин, Плавикс, Ксарелто, Варфарин и т. д.)? ☐ Да ☐ Нет

Если «Да», заполните, пожалуйста, таблицу ниже:

Название препарата:				
Утро				
День				
Вечер				

Страдаете ли Вы психологическими или психиатрическими расстройствами? ☐ Да ☐ Нет

_____

Страдаете ли Вы мигренями? ☐ Да ☐ Нет _____

Страдаете ли Вы приступами тетании или спазмофилии? ☐ Да ☐ Нет _____

Принимаете ли Вы антиконвульсивные средства (при приступах эпилепсии)? ☐ Да ☐ Нет

_____

Бывают ли у Вас случаи внезапной потери сознания? ☐ Да ☐ Нет _____

Были ли у Вас переливания крови? ☐ Да ☐ Нет

Если «Да», указать, были ли при этом осложнения: _____

Имеются ли у Вас аномалии свертываемости крови (антитромбин 3, протеин С, протеин S и т. д.)?

☐ Да ☐ Нет _____

Страдаете ли Вы заболеваниями крови (анемией и т. д.) или кровотечениями? ☐ Да ☐ Нет

_____

Легко ли у Вас появляются синяки, имеется тенденция к носовым кровотечениям? ☐ Да ☐ Нет

_____

Исполнитель: _____ *Пациент:* _____

© Охраняется авторским правом.
Исключительное право на распространение принадлежит ООО «Селин Медикал Групп»

Консультировались ли Вы недавно у кардиолога? ☐ Да ☐ Нет _____

Наблюдаетесь ли Вы по поводу:
Артериальной гипертонии? ☐ Да ☐ Нет _____

Артериита? ☐ Да ☐ Нет

Если «Да», указать как долго: _____

Были ли у Вас случаи:

Стенокардией? ☐ Да ☐ Нет _____

Инфаркт миокарда? ☐ Да ☐ Нет

Если «да», указать дату: _____

Отека легкого? ☐ Да ☐ Нет

Развития сердечной недостаточности? ☐ Да ☐ Нет
Если «да», указать дату: _____

Являетесь ли Вы носителем аномалий строения сердечных клапанов? ☐ Да ☐ Нет
Если «Да», указать вид аномалии, проводилась ли операция на сердце и какая: _____

Были ли у Вас ранее проблемы с сердечным ритмом (сердцебиение и т. д.)? ☐ Да ☐ Нет
Если «Да», указать дату: _____

Стоит ли у Вас кардиостимулятор или водитель ритма? ☐ Да ☐ Нет
Если «Да», указать дату установки: _____

Наблюдаетесь ли Вы по поводу заболеваний легких? ☐ Да ☐ Нет
Если «Да», указать как долго: _____

Страдаете ли Вы хроническим бронхитом? ☐ Да ☐ Нет _____

Болели ли Вы туберкулезом? ☐ Да ☐ Нет
Если «Да», указать когда _____

Наблюдаетесь ли Вы по поводу бронхиальной астмы? ☐ Да ☐ Нет
Если «Да», указать даты первого и последнего приступа: _____

Какое бы ни было хирургическое вмешательство, перед приходом в клинику обычные гигиенические процедуры должны быть проведены особенно тщательно: накануне необходимо мытье головы с шампунем, прием ванны или очень тщательный туалет.

В день операции макияж, лак для ногтей (по возможности) и украшения должны быть сняты.

Принесите с собой всю документацию относительно состояния Вашего здоровья: недавнюю флюорографию (сделанную в течение последнего года), ЭКГ, УЗИ сердца, старые и новые допплеры, анализы крови за последние шесть месяцев, группу крови.

В соответствии с процедурами, практикуемыми на территории Российской Федерации, в Ваших интересах и в интересах наблюдающего Вас персонала, в предоперационные анализы включены тесты на ВИЧ и гепатиты.

Дата:_____

Исполнитель: _____ *Пациент:* _____

© Охраняется авторским правом.
Исключительное право на распространение принадлежит ООО «Селин Медикал Групп»

Подпись:_____

© Охраняется авторским правом.
Исключительное право на распространение принадлежит ООО «Селин Медикал Групп»