Приложение № 1

К Договору о платных медицинских услугах

**Соглашение об объеме и условиях оказываемых платных медицинских услуг**

**(информированное согласие)**

г. Самара «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2018г

ООО «АГАТ», именуемое дальнейшем «Исполнитель», в лице директора Ведищевой Марианны Николаевны, действующего на основании Устава, с одной стороны и гражданин(ка)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемый(ая) «Пациент» с другой стороны, заключили настоящее соглашение о нижеследующим:

Я, пациент \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, в рамках договора на оказании платных медицинских услуг, желаю получить платные медицинские услуги в ООО «АГАТ», при этом мне разъяснено и мною осознано следующее.

1. Я, получив от сотрудников ООО «АГАТД» полную информацию о возможности и условиях предоставления мне бесплатных медицинских услуг в других медицинских учреждениях в рамках программ получения бесплатной медицинской помощи, даю свое согласие на оказание мне платных медицинских услуг и готов их оплатить.

2. Мне разъяснено, что я могу получить как один из видов платных медицинских услуг, так и несколько видов услуг.

3. Мне разъяснено и я осознал(а), что проводимое МРТ исследование(я) – может иметь противопоказания, если в моем теле имеются металлические предметы. На основании вышеизложенного, я гарантирую что не подвергался хирургическим операциям на внутреннем ухе, и не имею абсолютных противопоказаний для проведения МРТ исследования. Так же я гарантирую что никаких аллергических реакций у меня нет

4. Я согласен с тем, что используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, не несет ответственности за их возникновение.

5. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен(на) исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей.

6. Виды выбранных мною платных медицинских услуг согласованы с врачом, и я даю свое согласие на их оплату в кассу либо с использование платежных банковских карт в ООО «АГАТ» в сумме \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_руб.

7. Я ознакомлен с действующим прейскурантом и согласен оплатить стоимость указанной медицинской услуги в соответствии с ним.

9. Я проинформирован, что по поводу имеющегося у меня заболевания могу получить медицинскую услугу в других лечебных учреждениях, и подтверждаю свое согласие на получение указанной медицинской услуги в ООО «АГАТ»

10. Аббревиатурные сокращения, применяемые в настоящем соглашении и в названиях МРТ исследованиях мне разъяснены, мною понятны..

11. Настоящее соглашение мною прочитано, я полностью понимаю преимущества предложенных мне видов медицинских услуг и даю согласие на их применение.

**Настоящее соглашение подписано пациентом после проведения разъяснительной беседы и является приложением к договору об оказании платных медицинских услуг.**

**ПОДПИСИ СТОРОН**

**Исполнитель:** **Заказчик**

ООО «АГАТ»

ИНН6316236821/ОГРН 1176313068293 ФИО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

КПП 631601001 Адрес \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Email:smrtlider@mail.ru Телефон:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Директор \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/М.Н.Ведищева/ подпись ФИО

Приложение № 2

к Договору оказания платных медицинских услуг

**Согласие на обработку персональных данных**

|  |
| --- |
|  «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2018гЯ, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_паспорт серия\_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Настоящим, подтверждаю свое согласие на обработку **ООО «АГАТ»** (далее - Оператор), место нахождение: 443011, г. Самара ул. Ново-Садовая 162 «д», моих персональных данных, персональных данных включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты паспорта (документа удостоверения личности), реквизиты полиса ДМС/ОМС, место работы, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью и другую информацию - в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг по договору, осуществление иных, связанных с этим мероприятий, а также в целях организации внутреннего учета Оператора, при условии сохранения врачебной тайны. В процессе оказания Оператором мне (представляемому мной лицу) медицинских услуг я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные (персональные данные представляемого мной лица), в том числе составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора в интересах моего обследования, лечения и внутреннего учета Оператора.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, передачу (в страховую медицинскую организацию, организацию -заказчика медицинских услуг в рамках заключенных договоров), обезличивание, блокирование, уничтожение.

Оператор вправе осуществлять следующие способы обработки персональных данных: на бумажных носителях, в информационных системах персональных данных с использованием и без использования средств автоматизации, а также смешанным способом.

Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_).

Приложение № 3

К Договору на оказание платных медицинских услуг

**Информированное согласие (разрешение) на медицинское вмешательство ( медицинскую услугу)**

г. Самара

 «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2018г

Вам назначено исследование, которое обычно требует внутривенного введения специального медицинского препарата, называемого контрастным веществом.

Контрастное вещество усиливает изображение и помогает рентгенологам выявить различные заболевания или опровергнуть их. Отказ от применения контрастного вещества может привести к ошибкам в постановке диагноза. Наиболее широко применяется контрастные вещества – марки : ГАДОВИСТ, МАГНЕВИСТ, УЛЬТРАВИСТ. Контрастные вещества считаются достаточно безопасными. Однако каждая инъекция таит в себе небольшой риск отрицательной реакции организма на введение препарата, такими как тошнота, рвота, чихание, сыпь. Крайне редко могут случаться более серьезные реакции на контрастный препарат.

У некоторых пациентов риск проявления подобных осложнений значительно выше:

* Аллергическая реакция на раннее вводимый препарат
* Люди с аллергическими заболеваниями, астмой
* Пациенты с тяжелыми заболеваниями сердца
* Пациенты с миеломной болезнью, заболеваниями крови, полицитемией и феохромоцитомой.
* Пациенты с заболеваниями почек.

Если вы считаете что относитесь к этой группе повышенного риска, обязательно сообщите врачу об этом.

Ниже подтвердите, что с содержанием листа информированного согласия Вы ознакомлены и даете согласие на использование контрастного препарата.

Название препарата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Стоимость препарата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ФИО пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись врача \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Приложение № 4

К Договору оказания платных медицинских услуг

**Согласие на получение результатов медицинских услуг по электронной почте**

**г. Самара** «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2018г

Пользуясь правом, предоставленным мне ст.13 ФЗ от 21.11.2011 № 323 ФЗ « Об основах охраны здоровья граждан в РФ», я

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_разрешаю выслать результаты оказанных медицинских услуг, согласно заключенному Договору с ООО «АГАТ», по электронной почте:

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

Подписывая данное соглашение я информирован(а) о том что электронная почта является открытым источником и не защищается ООО «АГАТ». За взлом почтового ящика и утечку информации ООО «АГАТ» ответственности не несет.

В случае если Заказчик указал неверно электронную почту, ООО «АГАТ»» не несет ответственности за отправку результатов по ошибочному адресу.

Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_).