



**СОГЛАШЕНИЕ ОБ ОБЪЕМЕ И УСЛОВИЯХ ОКАЗЫВАЕМЫХ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ  
(ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ)**

г. Красноярск «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

ООО «ДОВЕРИЕ», именуемое в 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 нижеследующем:

Я, пациент \_\_\_\_\_, в рамках договора оказания платных медицинских услуг, желаю получить платные медицинские услуги в ООО «ДОВЕРИЕ», при этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

1. Я, получив от сотрудников ООО «ДОВЕРИЕ» полную информацию об условиях предоставления медицинских услуг, даю свое согласие на оказание мне платных медицинских услуг и готов их оплатить.
2. Мне разъяснено, что я могу получить как один из видов, так и несколько видов платных медицинских услуг.
3. Мне разъяснено и я осознал(а), что проводимое (МРТ или иное) исследование – (нужное подчеркнуть)

может иметь противопоказания, если в моем теле имеются металлические предметы. На основании изложенного, я гарантирую что не подвергался хирургическим операциям на внутреннем ухе, и не имею абсолютных противопоказаний для проведения исследования. Также 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, Исполнитель 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 ООО «ДОВЕРИЕ» в сумме \_\_\_\_\_ руб. (\_\_\_\_\_).

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

8. 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 именно в ООО «ДОВЕРИЕ».

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

10. 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 оказания платных медицинских услуг.**

«Пациент» \_\_\_\_\_ (ФИО) \_\_\_\_\_ (Подпись)

**СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ**

г. Красноярск «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Я, \_\_\_\_\_

Паспорт серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_

Дата выдачи \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_

Настоящим подтверждаю свое согласие на обработку ООО «ДОВЕРИЕ» (далее - Оператор), место нахождения: 660095, Красноярский край, г. Красноярск, пр-кт им.газеты «Красноярский рабочий», зд.126а, моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты паспорта (документа, удостоверяющего личность), 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. Оператор вправе консультировать Заказчика по телефону предварительно идентифицировав личность Заказчика.

«Пациент» \_\_\_\_\_ (ФИО) \_\_\_\_\_ (Подпись)

**ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ (РАЗРЕШЕНИЕ) НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО (МЕДИЦИНСКУЮ УСЛУГУ)**

г. Красноярск «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

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: Прохэнкс, Гадовист, Магневист и другие. Контрастные вещества считаются достаточно безопасными. Однако каждая инъекция таит в себе небольшой риск отрицательной реакции организма на введение препарата, такой 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 ранее 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 применение медицинского препарата.

Название препарата \_\_\_\_\_

Стоимость препарата \_\_\_\_\_

Дата: \_\_\_\_\_

«Пациент» \_\_\_\_\_ (ФИО) \_\_\_\_\_ (Подпись)

**СОГЛАШЕНИЕ НА ПЛАТНОЕ ПОЛУЧЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

г. Красноярск «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

1. Заказчик поручает и оплачивает, а Исполнитель принимает на себя обязательства по записи результатов исследования на

CD/DVD/USB либо по направлению результатов, оказанных ООО «ДОВЕРИЕ» платных медицинских услуг по Договору от «\_\_\_» \_\_\_\_\_, по электронной почте  \_\_\_\_\_ именуемые в дальнейшем «Услуга».

2. Заказчик обязуется оплатить стоимость оказываемых(ой) дополнительных(ой) услуг(и), указанной в п. 1 настоящего Соглашения, в соответствии с Прейскурантом Исполнителя.

3. **Стоимость услуги составляет: \_\_\_\_\_ рублей, (\_\_\_\_\_) рублей.**

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

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

6. Настоящее Соглашение составлено в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу для каждой из Сторон.

Исполнитель	Заказчик
Общество с ограниченной ответственностью «ДОВЕРИЕ» Адрес: 660095, Красноярский край, г. Красноярск, пр-кт им.газеты «Красноярский рабочий», зд.126а ИНН 2461048505 / ОГРН 1212400028488 КПП 246101001 p/c 40702810623590000230 k/c 3010181060000000774 Email: _____	<b>ФИО</b> _____ <b>Адрес</b> _____ _____ <b>Телефон</b> _____
Директор ООО «ДОВЕРИЕ» _____/ М.Н. Ведищева /	<b>(Подпись)</b> _____/(ФИО) _____