

► С «Правилами предоставления платных медицинских услуг в Центре медицинской косметологии Capsula (ООО «Аура»)» ознакомлен (а) до подписания настоящего договора, обязуюсь исполнять. Настоящим уведомлен(а), что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента.

Настоящим ООО «Аура» предупреждает о возможности получения медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в иных медицинских организациях. В ООО «Аура» медицинские услуги оказываются на платной основе.

(подпись)

Договор возмездного оказания медицинских услуг № _____ от «__» _____ 2023 г.

г. Челябинск

Настоящий Договор разработан в соответствии с требованиями: Конституции Российской Федерации, Гражданского кодекса, Закона «О защите прав потребителей», Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан.

Платные медицинские услуги организуются и оказываются в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 11 мая 2023 г. N 736 "Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации и признании утратившим силу постановления Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012 г. N 1006", а также в соответствии со статьей 779 ГК РФ.

ООО «Аура», в лице уполномоченного представителя, указанного в Разделе 9 Договора, действующего на основании доверенности, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны, и физическое лицо

_____, именуемое в дальнейшем «Потребитель», с другой стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА:

1.1. «Исполнитель» принимает на себя обязательство оказать «Потребителю» медицинские услуги, а «Потребитель» оплатить эти услуги.

1.2. Медицинские услуги оказываются Потребителю в виде отдельных медицинских консультаций или медицинских вмешательств (далее – Медицинские услуги) из числа перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность Исполнителя, указанных в разрешительной документации на осуществление медицинской деятельности, выданной Исполнителю в установленном порядке и действующей по месту оказания Медицинских услуг. Местом оказания Медицинских услуг является: 454021, Челябинская обл., г. Челябинск, проспект Победы, д. 356, пом.3 (далее – Клиника). Лицензия на осуществление медицинской деятельности № Л041-01024-74/00312458 от 28.03.2017г., выдана Министерством здравоохранения Челябинской области (адрес лицензирующего органа: 454091, г. Челябинск, ул. Кирова, д. 165, тел. +7 (351) 263-52-62). Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность ООО «Аура»: при оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: сестринскому делу в косметологии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: дерматовенерологии; косметологии; организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии.

1.3. Объем предоставляемых услуг определяется общим состоянием здоровья «Потребителя», показаниями к проведению процедур, желаниями «Потребителя» и техническими возможностями «Исполнителя».

1.4. Перечень, наименование, количество, цена, стоимость и срок оказания Медицинских услуг определяется в Дополнительном соглашении к Договору, которое подписывается Сторонами при обращении Потребителя в Клинику и отражается в первичной медицинской документации Исполнителя.

1.5. Исполнитель вправе по своему усмотрению привлекать к оказанию Медицинских услуг по настоящему Договору иные медицинские организации (третьи лица), имеющие лицензии на осуществление медицинской деятельности и соответствующие иным требованиям действующего законодательства РФ.

1.6. Медицинские услуги оказываются Потребителю в соответствии с действующим законодательством РФ, определяющим правила предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, информация о которых размещена на информационных стендах в Клинике.

1.7. Медицинские услуги оказываются в течение срока действия настоящего Договора в соответствии с режимом работы Клиники и графиком работы медицинских работников Исполнителя, участвующих в оказании Медицинских услуг (далее – Специалисты Исполнителя).

1.8. Информация о режиме работы Клиники является общедоступной и размещена на информационных стендах Исполнителя в Клинике. График работы Специалистов Исполнителя может указываться на информационных стендах или экранах в Клинике, сайте www.capsula74.ru, а также сообщается Потребителю работником исполнителя, оформляющим Дополнительное соглашение.

1.9. По настоящему договору Потребителем является физическое лицо, имеющее намерение получить либо получающим Медицинские услуги в соответствии с настоящим Договором.

1.9.1. Сроки ожидания платных медицинских услуг составляют от 1дня до 60 дней на отдельные виды медицинских вмешательств.

2. ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН:

2.1. «Исполнитель» обязан:

2.1.1. Оказать «Потребителю» медицинские услуги качественно и в указанные сроки, в соответствии с предусмотренными медицинскими технологиями и стандартами, в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям при соблюдении врачебной тайны.

2.1.2. Обеспечивать «Потребителя» в доступной для него форме своевременной, достоверной и достаточной информацией об оказываемых медицинских услугах и их стоимости, эффективности методов лечения, используемых лекарственных препаратах и о медицинских изделиях.

2.1.3. Использовать в процессе лечения стандарты и разрешенные к применению методики и технологии.

2.1.4. В случае выявления у «Потребителя» после заключения настоящего Договора заболеваний или клинических признаков, которые указывают на невозможность дальнейшего оказания медицинских услуг согласно утверждённому Сторонами Плану лечения Приложение №2 к настоящему договору, поставить в известность об этом «Потребителя» и предложить «Потребителю» другую методику лечения или отказаться от исполнения обязательств по настоящему Договору. Изменения в Плане лечения согласовываются Сторонами путём подписания дополнительного соглашения к настоящему Договору.

2.1.5. Исполнитель обязан обеспечить неразглашение информации, составляющей врачебную тайну, в соответствии со ст.13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

2.1.6. При необходимости изменения Плана лечения, а также при корректировке стоимости медицинских услуг или лекарственных препаратов Исполнитель обязан письменно согласовать с «Потребителем» вышеуказанные аспекты путём внесения соответствующих изменений в Перечень медицинских услуг или План лечения, и оказать «Потребителю» вновь согласованные медицинские услуги.

2.1.7. Нести иные обязанности, предусмотренные действующим законодательством РФ.

2.2. «Потребитель» обязан:

2.2.1. До начала оказания услуг сообщить лечащему врачу сведения о наличии заболеваний, заполнив карту пациента. Предоставить Исполнителю (в лице медицинского работника) все известные сведения о состоянии здоровья, в том числе обо всех аллергических реакциях, принимаемых лекарственных препаратах, заключения и результаты диагностических обследований, выполненных в других медицинских организациях, которые могут повлиять на ход лечения.

2.2.2. При прохождении курса лечения сообщать лечащему врачу, либо по телефону администратору по номеру (351)750-22-55 о любых изменениях самочувствия, нежелательных эффектах.

2.2.3. Соблюдать назначения и рекомендации врача.

- 2.2.4. Посещать лечебные, контрольные и профилактические приёмы.
- 2.2.5. Поставить в известность лечащего врача об употреблении любых терапевтических препаратов, лекарств, лекарственных трав, мазей и т.д.
- 2.2.6. Удостоверить личной подписью медицинскую документацию (информированное согласие, план лечения).
- 2.2.7. Являться на приём в назначенное время, без опозданий.
- 2.2.8. Предупредить администрацию за 24 часа по телефону о невозможности явки на процедуру.
- 2.2.9. Оплатить медицинские услуги в соответствии с прейскурантом «Исполнителя» до процедуры в рублях в форме наличного или безналичного расчета.
- 2.2.10. Бережно относиться к имуществу Исполнителя.
- 2.2.11. Заботиться о своем здоровье, принимать все возможные меры для сохранения положительного результата лечения.
- 2.2.12. Подписывать информированное добровольное согласие на оказание медицинских услуг или отказ от медицинского вмешательства; приложения, являющиеся неотъемлемой частью настоящего Договора: Дополнительное соглашение, План лечения (Приложение №2), Акт об оказанных Исполнителем Потребителю медицинских услугах (Приложение №3) к настоящему договору.
- 2.2.13. Подписывая Договор, Потребитель подтверждает, что до заключения Договора ознакомился с прейскурантом Исполнителя, с правилами, порядками, условиями, формами оказания медицинских услуг и их оплаты, с правилами поведения пациентов в клинике ООО «Аура» и обязуется их соблюдать.

3. ПРАВА:

3.1. «Исполнитель» имеет право:

- 3.1.1. Самостоятельно определять план, количество и вид необходимых манипуляций и процедур.
- 3.1.2. Требовать от Потребителя предоставления информации, касающейся состояния его здоровья: поставленных текущих диагнозов; всех принимаемых им лекарственных средств; проводимом лечении на момент обращения к Исполнителю; ранее перенесённых и наследственных заболеваний; противопоказаниях по применению лекарственных средств, а также иной информации, необходимой для оказания медицинских услуг согласно настоящему Договору.
- 3.1.3. При необходимости и по письменному согласию Потребителя организовывать взаимодействие с иными медицинскими организациями, услуги которых окажутся необходимыми в ходе лечения Потребителя.
- 3.1.4. Определять Правила внутреннего распорядка для пациентов и посетителей ООО «Аура» и доводить их до Потребителя.
- 3.1.5. Отказаться от исполнения обязательств по настоящему Договору с полным, либо частичным возмещением Потребителю причинённых убытков в случае письменного подтвержденной Исполнителем невозможности выполнить свои обязательства по данному Договору, либо когда медицинская услуга принесёт вред здоровью Потребителя или может содержать в себе неоправданный риск наступления нежелательных последствий для здоровья Потребителя.
- 3.1.6. Создавать локальные информационные системы, содержащие данные о Потребителе и об оказываемых им медицинских услугах, с соблюдением установленных российским законодательством требований о защите персональных данных и соблюдением врачебной тайны.
- 3.1.7. Требовать от Потребителя своевременной и полной оплаты оказанных медицинских услуг, лекарственных препаратов и медицинских изделий.
- 3.1.8. Отказать Потребителю в приёме и оказании медицинских услуг, если:
- а) его действия создают угрозу общественной безопасности; здоровью или жизни персонала Исполнителя;
 - б) требуемые им медицинские услуги не входят в План лечения;
 - в) в случае наличия обстоятельств, зависящих от Потребителя, способных снизить качество медицинской услуги либо привести к невозможности завершить ее в согласованные сроки (состояние алкогольного, наркотического или токсического опьянения и иные обстоятельства), о чем Исполнитель уведомляет Потребителя. Если Потребитель в разумный срок не устранит данные обстоятельства, Исполнитель имеет право в одностороннем порядке отказаться от исполнения договора.
 - д) по иным основаниям, предусмотренным Правилами поведения пациентов и посетителей в клинике.
- 3.1.9. В случае непредвиденного отсутствия лечащего врача в день, назначенный для приёма, «Исполнитель» вправе назначить «Потребителю» (с его согласия) другого врача.
- 3.1.10. В случае возникновения неотложного состояния «Потребителя», «Исполнитель» имеет право самостоятельно определять объём медицинской помощи, в случаях, предусмотренных ч.9 ст.20 ФЗ

«Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и не предусмотренных настоящим договором.

3.1.11. При уведомлении Потребителя изменить сроки оказания медицинских услуг, если в процессе выполнения медицинских услуг появятся медицинские показания, влияющие на увеличение или уменьшение срока.

3.1.12. Проводить фотопротоколирование медицинских вмешательств, выполняемых «Потребителю» до начала оказания медицинских услуг, во время курса лечения и по окончании курса лечения для обеспечения контроля качества оказываемых медицинских услуг.

Не допускается раскрытие третьим лицам и распространение результатов фото протоколов без согласия субъекта персональных данных, если иное не предусмотрено.

3.1.13. При расторжении договора по инициативе «Потребителя» по причинам, не зависящим от «Исполнителя», потребовать с «Потребителя» оплату за фактически оказанные медицинские услуги.

3.2. «Потребитель» имеет право:

3.2.1. Выбрать лечащего врача, отказаться от услуг лечащего врача и выбрать другого врача.

3.2.2. Получать от «Исполнителя» для ознакомления в доступной для понимания форме любые сведения о медицинской услуге. В доступной для него форме получать имеющуюся информацию о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагностике, прогнозе, методах лечения, связанном риске, вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения;

3.2.3. Отказаться от получения услуг полностью или частично.

4. ПЛАТЕЖИ И РАСЧЕТЫ ПО ДОГОВОРУ:

4.1. Стоимость лечения в каждом конкретном случае обращения «Потребителя» определяется в соответствии с Прейскурантом «Исполнителя» действующим на момент оказания услуги. Если объем и характер услуги очевидны, то оплата проводится в полном объеме до проведения процедуры. Если объем и характер работы можно определить только в процессе лечения, то в приложении №1 к Договору указывается предварительная сумма. При необходимости коррекции ранее назначенной врачом программы лечения, дополнительные услуги оказываются «Исполнителем» за отдельную плату при условии предварительного согласования с Потребителем.

4.2. «Исполнитель» вправе изменять Прейскурант в период действия Договора. Информация об изменении стоимости медицинских услуг, а также измененный Прейскурант доводится до «Потребителя» путем размещения на официальном сайте Исполнителя и на информационном стенде медицинской организации Исполнителя.

4.2. Оплата услуг производится в рублях в форме наличного или безналичного расчета.

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН:

5.1. За неисполнение, или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ.

5.2. Подписанием настоящего Договора «Потребитель» подтверждает свою осведомленность о том, что при выполнении косметологических услуг, срок сохранения функционального и эстетического эффекта носит индивидуальный физиологический характер, предопределяющийся мультифакториальными причинами (возраст, соматическое и психологическое состояние, исходный биологический статус, индивидуальный аллергический и патофизиологический фон и т.д.), в связи с чем, результат косметологического лечения носит строго индивидуальный характер.

5.3 Исполнитель освобождается от ответственности в случае, если вред (ухудшение результата услуги) Потребителю возник вследствие непреодолимой силы или при надлежащем оказании услуг потребителем были нарушены лечебно-охранительный режим (подпункт 2.2.3 Договора) и иные условия договора, нарушения со стороны Потребителя, которые привели к ухудшению результата услуги. К обстоятельствам непреодолимой силы в том числе относятся: биологические особенности организма, которые невозможно было предвидеть.

5.4. Исполнитель довел до Потребителя информацию о форме заявления, опубликованном на сайте www.capsula74.ru, а также сообщает почтовый адрес 454021, Челябинская обл., г. Челябинск, проспект Победы, д. 356, пом.3, на которые может быть направлено обращение (жалоба) на качество медицинских услуг.

5.5. Исполнитель определил порядок и условия выдачи Потребителю после исполнения договора Исполнителем медицинских документов: заключение врача-специалиста на бланке с подписью врача, в котором содержится диагноз, обследование и лечение (назначения лекарственных средств и рекомендации по режиму). Иные медицинские документы: копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающих состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и

медицинских изделиях, без взимания дополнительной платы, в соответствии с сроками и условиями, утвержденными Приказом Министерства здравоохранения РФ от 31 июля 2020 г. N 789н "Об утверждении порядка и сроков предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них".

5.6. Подписывая настоящий Договор, Потребитель наделяет Исполнителя правом, при необходимости, провести оценку качества и эстетического результата оказанных Пациенту медицинских услуг, разрешая при этом передачу врачам/сторонним привлекаемым медицинским специалистам, проводящим оценку качества, персональных данных и информации о состоянии своего здоровья, содержащейся в медицинской карте с условием сохранения конфиденциальности персональных данных и медицинской тайны.

6. УРЕГУЛИРОВАНИЕ СПОРОВ:

6.1. Понимая субъективность оценки эстетического и функционального результатов медицинских услуг, в случае возникновения разногласий по вопросу качества оказанных по Договору услуг, Стороны договорились проводить оценку результатов оказанных услуг на совместном заседании Потребителя и Врачебной Комиссии Исполнителя, в том числе с привлечением Исполнителем сторонних специалистов. Все претензии Стороны оформляют в письменном виде.

6.2. При недостижении согласия сторон в досудебном порядке, споры разрешаются в соответствии с действующим законодательством РФ.

7. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ:

7.1. Любые изменения положений настоящего Договора оговариваются Сторонами в письменной форме в форме дополнительных соглашений, подписанных его Сторонами (их уполномоченными представителями).

7.2. Настоящий Договор может быть расторгнут по соглашению сторон, а также в иных предусмотренных российским законодательством случаях.

7.3. Потребитель вправе отказаться от исполнения настоящего Договора в любое время при условии оплаты Исполнителю фактически понесённых им расходов, связанных с исполнением обязательств по данному Договору.

7.4. Настоящий Договор может быть расторгнут в одностороннем порядке Исполнителем в случае письменного подтвержденной Исполнителем невозможности выполнить свои обязательства по данному Договору, либо когда медицинская услуга принесёт вред здоровью Потребителя или может содержать в себе неоправданный риск наступления нежелательных последствий для здоровья Потребителя.

7.5. Договор составлен в двух экземплярах, каждый из которых имеет одинаковую силу.

8. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

8.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами, действует один год. В случае если ни одна из сторон не заявляет о намерении расторгнуть Договор, Договор считается автоматически пролонгированным на следующий год на тех же условиях. Настоящий Договор может быть расторгнут по основаниям и в порядке, предусмотренным действующим законодательством.

9. ЮРИДИЧЕСКИЕ АДРЕСА И БАНКОВСКИЕ РЕКВИЗИТЫ:

Исполнитель	Потребитель
ООО «Аура», (Capsula)	ФИО
Юридический адрес: 454021, Челябинская обл., г. Челябинск, проспект Победы, д. 356, пом.3 Фактический адрес: 454021, Челябинская обл., г. Челябинск, проспект Победы, д. 356, пом.3 ИНН/КПП 7448175817/744801001 ОГРН 1157448001435 Р/с 40702810712490000014 К/с 30101810145250000411 БИК 044525411 Филиал "ЦЕНТРАЛЬНЫЙ" Банка ВТБ ПАО Г. МОСКВА Сайт: capsula74.ru	Паспорт Выдан Дата выдачи Код подразделения Адрес места жительства Адрес для отправки писем и ответов Телефон Ф.И.О. родственника или иного лица для осуществления связи Потребителем и его телефон: +__ (____) _____

Подпись: _____

М.П.

Представитель по доверенности б/н от

_____ / _____

Подпись _____ / _____

Подписание пациентом настоящего Договора свидетельствует об ознакомлении со всем изложенным в настоящем Договоре и полном с ним согласии. Пациентом получен экземпляр настоящего договора на руки.

(если паспорт не предоставлен, то указать «Данные внесены со слов потребителя»)

Дополнительное соглашение к договору № _____ от _____

г. Челябинск
_____ 202_ г

«___»

ООО «Аура», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице уполномоченного представителя указанного в разделе 9 Договора, действующего на основании доверенности, с одной стороны и _____, именуемый в дальнейшем "Потребитель", с другой стороны, а вместе именуемые "Стороны", заключили настоящее дополнительное соглашение нижеследующем:

1. п.1.4. Договора: Исполнитель оказывает Потребителю медицинские услуги, по перечню:

- _____
- _____
- 1.1. Срок оказания медицинских услуг _____
- 1.2. Медицинские услуги предоставляются при наличии информированного добровольного согласия Потребителя (законного представителя потребителя), данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан.
2. п.4.1. Договора: Стоимость услуг _____
3. Все остальные пункты договора, не измененные настоящим дополнительным соглашением, остаются в прежней редакции.
4. Дополнительное соглашение составлено в 2-х экземплярах, по одному для каждой из сторон.

Исполнитель:

Потребитель:

Услуги оказаны в полном объеме, надлежащего качества, прием осуществлялся в соответствии с согласованным графиком, обследование, назначенное лечение и рекомендации по режиму получены.

Претензий к Исполнителю не имею.

Потребитель _____ «___» _____ 202_ г.

Приложение №1
к договору № _____ от «___» _____ 202_ г.

ПЕРЕЧЕНЬ медицинских услуг

№ п/п	Наименование услуг	Кол-во	Срок исполнения, дата	Цена по прейскуранту, руб.	Итого сумма к оплате, руб.

Услуги оказаны в полном объеме, надлежащего качества, прием медицинскими сотрудниками осуществлялся в соответствии с согласованным графиком, назначения и рекомендации выданы. Медицинские услуги оплачены. Претензий к Исполнителю не имею.

Потребитель _____ «__» _____ 202__ г.

Приложение №2
к договору на оказание платных медицинских
услуг _____ от «__» _____ 2023 г.

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ

№	Наименование медицинской услуги	Срок исполнения	Стоимость услуги по Прейскуранту цен	Примечания

С предварительным Планом лечения, стоимостью медицинских услуг и сроками их выполнения ознакомлен(на) и согласен на их выполнение _____

(подпись Пациента с расшифровкой)

Заказчик: Ф.И.О.: _____ / _____	Исполнитель: Общество с ограниченной ответственностью «Аура» Представитель по доверенности б/н от _____
---	---

_____/_____
М.П.

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство в ООО «Аура»

Я, _____,

_____ г. рождения,

Зарегистрированный(ая) по адресу:

_____ (адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство в ООО «Аура» для получения первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи в ООО «Аура».

Медицинским работником _____

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

В доступной для меня форме были объяснены все возможные риски, осложнения и исходы лечения, а также альтернативы (в том числе более дешевые) предложенному лечению. Я также имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил(а) на них понятные и исчерпывающие ответы. Мне было разъяснено значение всех медицинских терминов, упомянутых в данном документе и имеющих отношение к диагностике и лечению моих заболеваний. Я сообщил(а) точные данные о своем физическом и душевном здоровье, проведенных мне ранее косметологических процедурах, обо всех имевших место случаях аллергических или необычных(парадоксальных)реакциях на медикаментозные препараты, анестетики, пищевые продукты, предметы бытовой химии, косметические и другие средства. Я даю разрешение проводить все необходимые лечебные мероприятия и использовать любого медицинского работника, участие которого в моем лечении будет необходимо для получения наилучшего результата диагностики и лечения. Я понимаю, что в случае возникновения осложнений, о которых я информирован в настоящем документе и которые возникли вследствие естественных изменений моего организма или внешних причин, а также в следствии нарушений условий договора на оказание платных медицинских услуг и рекомендаций лечащего врача, стоимость повторного лечения взимается на общих основаниях в полном объеме.

Виды медицинского вмешательства:

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

Я даю разрешение проводить все необходимые лечебные мероприятия и использовать любого медицинского работника, участие которого в моем лечении будет необходимо для получения наилучшего результата диагностики и лечения. Я понимаю, что в случае возникновения осложнений, о которых я информирован в настоящем документе и которые возникли вследствие естественных изменений моего организма или внешних причин, а также в следствии нарушений условий договора на оказание платных медицинских услуг и рекомендаций лечащего врача, стоимость повторного лечения взимается на общих основаниях в полном объеме.

Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я согласен(на) с тем, что никто не может предсказать точный результат планируемого лечения. Я понимаю, что ожидаемый мною результат лечения не гарантирован, однако мне гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применение качественных материалов и инструментов с соблюдением соответствующих методик и правил. Я предупрежден(а) и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение

лечебно-охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима приема препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья. В случае неявки на осмотр, в указанные сроки, и при появлении нежелательной реакции, претензий к ООО «Аура» не имею. Я понимаю, что сотрудники ООО «Аура» не несут ответственность за последствия аллергических реакций, медицинских осложнений и побочных действий лекарственных средств и иных препаратов, за качество ранее проведенного в других медицинских учреждениях лечения и возникновение последствий и осложнений лечения, связанных с возникновением, наличием и обострением уже имеющихся у Пациента острых и хронических заболеваний. Мною заданы все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и получены исчерпывающие ответы и разъяснения на них. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2012, N 26, ст. 3442, 3446).

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь.

(подпись) (Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

(подпись) (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

(подпись) (Ф.И.О. медицинского работника)

« ____ » _____ 2023г
(дата оформления)

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

г. Челябинск

Я, нижеподписавшийся (-аяся) _____, в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона «О персональных данных» от 27.07.2006 № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку ООО «Аура» (далее-Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию; имя; отчество; пол; дату рождения; адрес места жительства; адрес фактического проживания; серию, номер и дату выдачи паспорта; телефон; адрес электронной почты, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью – в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну. В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я представляю права медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию. Накопление. Хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включение в списки и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие действует бессрочно.

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.

Настоящее согласие дано мной (ФИО) _____

Подпись _____

Дата «__» _____ 2023г