**Уведомление потребителя:**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ уведомлен Исполнителем о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя – медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу, в том числе неисполнение назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья

Потребителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (расшифровка подписи)

**Согласие на оказание платной медицинской услуги:**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**проинформирован Исполнителем о возможности получения медицинской услуги без взимания платы в государственных медицинских учреждениях, в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.Мне подробно объяснили особенности оказания платной медицинской услуги, ознакомили со стоимостью услуги. Я понял (а) все вышеизложенное. Даю добровольное согласие на оказание мне данной медицинской услуги за плату.

Потребитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (расшифровка подписи)

Приложение №1

к Публичному договору- оферте

на оказание платных медицинских услуг

ООО ЛОЦ «Арника»

**Заявление о присоединении к публичному Договору-оферте на оказание платных медицинских услуг ООО ЛОЦ «Арника» №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

г. Майкоп                                                                      «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.

Редакция от 27 мая 2022 г.

Утверждено Приказом № 12 от 27 мая 2022 г.

ООО ЛОЦ «Арника» 385011, Республика Адыгея, г, Майкоп, ул. Пионерская, д.409, корп.2 ИНН 0105043650, КПП 010501001

ОГРН 1040100551369 Свидетельство о внесении записи в ЕГРЮЛ о юридическом лице, зарегистрировано МИ ФНС РФ №1 по РА 26.11.2004 г.

 Лицензия на осуществление медицинской деятельности № ЛО-01-01-000568 от 17.04.2018 г. выдана Министерством здравоохранения Республики Адыгея на бессрочный срок

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года рождения, паспорт серия:\_\_\_\_\_\_\_, номер:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выданный (кем, когда): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

зарегистрированный(ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

именуемый в дальнейшем «Пациент», заявляю, что ознакомился(-лась) с условиями Договора-оферты на оказание платных медицинских услуг ООО ЛОЦ «Арника» и выражаю свое согласие с изложенными в нем обязательствами и правами Сторон. Обязуюсь их соблюдать. Подписывая настоящее заявление, я подтверждаю, что мне полностью понятны и разъяснены юридические и иные последствия моего соглашения (акцепта) с предложением (офертой) ООО ЛОЦ «Арника». Перечень оказываемых медицинских услуг, их количество и стоимость указываются в Квитанции, выписанном Пациенту сотрудниками ООО ЛОЦ «Арника», и фиксируются при оплате Пациентом заказанных услуг. Взаимоотношения Сторон в рамках настоящего Заявления о присоединении к публичному Договору-оферте на оказание платных медицинских услуг в ООО ЛОЦ «Арника» регулируются действующим законодательством РФ.

Настоящим заявлением я, в соответствии со ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», даю свое согласие на обработку моих персональных данных уполномоченными сотрудниками ООО ЛОЦ «Арника» в порядке, указанном в Разделе 6 Договора-оферты на оказание медицинских услуг ООО ЛОЦ «Арника».

Настоящим заявлением я даю свое информированное добровольное согласие на оказание мне медицинских услуг в ООО ЛОЦ «Арника» , в том числе видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Минздравсоцразвития России от 23.04. 2012 г. № 390н на следующие виды медицинских вмешательств:

-Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза;

-Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование;

- Антропометрические исследования. -Термометрия. -Тонометрия. - Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций. - Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций;

- Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы);

- Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические;

- Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиограмма, суточное мониторирование электрокардиограммы; 13С-уреазный дыхательный тест на Helicobacter Pylori;

- Ультразвуковые исследования, допплерографические исследования;

- Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно;

-Медицинский массаж; - Лечебная физкультура; Физиотерапевтические процедуры; Электропунктура в рефлексотерапии. (нужное подчеркнуть).

Я осведомлен(а) о том, что при выявлении у меня какого-либо заболевания и/или моего непосредственного желания получить ту или иную медицинскую услугу ООО ЛОЦ «Арника», лечащий врач, составив план моего обследования и лечения, обязан меня проинформировать обо всех особенностях тех или иных медицинских процедур. Я понимаю, что при проведении диагностических и лечебных процедур (манипуляций) возможно возникновение различных неблагоприятных последствий, возможны факты непреднамеренного причинения вреда моему здоровью. Я осведомлен(а), что предложенная врачом тактика лечения может предполагать использование лекарственных препаратов. Мне понятно, что лечащий врач может изменить медикаментозную терапию в случае непереносимости тех или иных лекарственных препаратов и/или изменения состояния здоровья, требующего изменения тактики лечения, а также применения альтернативных лекарственных препаратов и других методов лечения, которые могут быть назначены врачами-консультантами по согласованию с моим лечащим врачом. Я понимаю, что составленный лечащим врачом план лечения, может динамически изменяться в зависимости от жизненных показаний, результатов исследований пациента. В целях обеспечения непрерывности моего лечения, я уполномочиваю лечащего врача выполнять все необходимые медицинские процедуры или дополнительные вмешательства, которые могут потребоваться для моего выздоровления и/или выполнения ООО ЛОЦ «Арника» своих обязательств в рамках Договора-оферты, а также в связи с возникновением непредвиденных ситуаций. Я проинформирован(а) о возможности отказа от обследования/лечения/госпитализации и обязуюсь подтверждать отказ своей подписью в медицинской документации. Я имел(а) достаточно времени на принятие решения о согласии на проведение мне обследования/лечения. Я извещен(а) о том, что медицинский работник не несет ответственности за причинение вреда моему здоровью в результате нарушения мною правил поведения пациента, техники безопасности, требований медицинского работника при проведении медицинской процедуры (манипуляции), несоблюдении назначений/рекомендаций врача, лечебно-охранительного режима, гигиены, непредставления мною полной и достоверной информации о состоянии моего здоровья. Я осведомлен(а), что при проведении лечебных и диагностических процедур (манипуляций), лечащим врачом мне будет предоставлена информация об альтернативных методах обследования и лечения, а также об их ориентировочной стоимости.

**Я обязуюсь:** неукоснительно соблюдать режим лечения, назначения/рекомендации врача, правила поведения пациента в медицинском учреждении. При невозможности явиться на прием к врачу, заранее уведомлять об этом регистратуру или лечащего врача. В целях назначения объективного лечения и получения лучших результатов поставить врача (врачей) в известность об имевшихся ранее проблемах со здоровьем, травмах, оперативных вмешательствах и фактах переливания крови, перенесенных ранее и известных мне заболеваниях (в т.ч. гепатиты, СПИД/ВИЧ, сифилис, другие венерические заболевания, бронхиальная астма, заболевания сердечно-сосудистой системы, сахарный диабет, туберкулёз и т.д.), не скрывать и представить лечащему врачу (врачам) достоверную и полную информацию о состоянии своего здоровья, в том числе: об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных средств, иных реакциях организма, принимаемых лекарственных препаратах, биологически активных добавках и иных средствах, способных влиять на результаты диагностики и лечения пациента, сообщать правдивые сведения о своей наследственности, о злоупотреблении алкоголем, наркотическими средствами, психотропными или токсическими веществами, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня во время жизнедеятельности, об одновременном лечении у других специалистов и выполнении их рекомендаций, иных факторах и обстоятельствах, имеющих значение для объективной диагностики, адекватного и эффективного лечения. Я, в случаях, предусмотренных законодательством РФ, обязан(а) проходить медицинские осмотры, а при заболеваниях, представляющих опасность для окружающих, проходить медицинское обследование и лечение, а также заниматься профилактикой этих заболеваний.

Я осведомлен(а) о том, что мне необходимо регулярно и добросовестно принимать назначенные врачом препараты, получать другие назначенные мне методы лечения, немедленно сообщать лечащему врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых, не прописанных лекарств (напр., витаминные комплексы, БАДы, гомеопатические и проч. препараты, в т.ч. для лечения простуды, гриппа, головной боли и др.).

Я осведомлен(а) и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение лечебно-охранительного режима, отказ от госпитализации, назначений/рекомендаций медицинских работников учреждения, режима приема препаратов, бесконтрольное самолечение, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

Выражаю свое согласие на весь период обслуживания в учреждении на проведение необходимых и назначенных врачом лечебно-диагностических мероприятий и манипуляций в соответствии с планом моего лечения согласно моим заказам.

Я подтверждаю, что настоящий Акцепт мной прочитан, мне понятно содержание и назначение данного документа и я выражаю согласие со всеми его пунктами.

Я своей подписью удостоверяю, что текст Договора-оферты мною прочитан, я ознакомлен(а) с правилами внутреннего распорядка учреждения, необходимой и исчерпывающей информацией о видах, оказываемых ООО ЛОЦ «Арника» медицинских услуг в соответствии с имеющейся лицензией, иной достоверной информацией, обеспечивающей возможность их правильного выбора.

 Подпись Пациента: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

 Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г.

 Оформленный экземпляр заявления о присоединении к публичному Договору-оферте на оказание платных медицинских услуг ООО ЛОЦ «Арника» №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_получил (а)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

         Подпись         расшифровка подписи

 Сотрудник ООО ЛОЦ «Арника» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   /

                                                  Подпись                 расшифровка подписи