

**Уважаемый Пациент,**  
ФГБУ «ФЦВМТ» Минздрава России (г. Калининград) информирует Вас 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 в выбранной Вами медицинской организации и/или в медицинской организации по месту Вашего жительства на основании соответствующего направления от лечащего врача.

Информацию получил \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Подпись, ФИО Пациента

**Договор № \_\_\_\_\_  
на оказание платных медицинских услуг**

г. Калининград

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201\_\_ года

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральный центр высоких медицинских технологий» Министерства здравоохранения Российской Федерации (г. Калининград), созданное на основании Распоряжения Правительства РФ от 01.11.2001 года № 1906-р (Москва), зарегистрированное в Едином государственном реестре юридических лиц 21.12.2011 года МИФНС № 1 по Калининградской области за ОГРН 1113926046640, именуемое в дальнейшем «Центр», действующее на основании Лицензии № ФС-39-01-000833 от 20.06.2018 года на медицинскую деятельность (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково") 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: акушерскому делу; анестезиологии и реаниматологии; лабораторной диагностике; лечебному делу; медицинской статистике; медицинскому массажу; операционному делу; организации сестринского дела; рентгенологии; сестринскому делу; сестринскому делу в педиатрии; функциональной диагностике; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью; терапии; управлению сестринской деятельностью; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности); анестезиологии и реаниматологии; дезинфектологии; дерматовенерологии; детской кардиологии; кардиологии; клинической лабораторной диагностике; клинической фармакологии; неврологии; организации здравоохранения и общественному здоровью; оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации); офтальмологии; рентгенологии; сердечно-сосудистой хирургии; травматологии и ортопедии; ультразвуковой диагностике; управлению сестринской деятельностью; урологии; функциональной диагностике; хирургии; дерматологии; эпидемиологии; при оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании специализированной медицинской помощи в амбулаторных условиях по: анестезиологии и реаниматологии; бактериологии; дезинфектологии; детской кардиологии; диетологии; кардиологии; клинической лабораторной диагностике; клинической фармакологии; лабораторной диагностике; лечебной физкультуре и спортивной медицине; операционному делу; организации здравоохранения и общественному здоровью; рентгенологии; рентгенэндоваскулярной диагностике и лечению; сердечно-сосудистой хирургии; травматологии и ортопедии; трансфузиологии; ультразвуковой диагностике; функциональной диагностике; эпидемиологии; при оказании высокотехнологичной медицинской помощи в стационарных условиях по: детской кардиологии; кардиологии; сердечно-сосудистой хирургии; травматологии и ортопедии; при оказании скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании скорой специализированной медицинской помощи в амбулаторных условиях по: анестезиологии и реаниматологии; кардиологии; организации здравоохранения и общественному здоровью; при проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги): при проведении медицинских осмотров по: медицинским осмотрам (предварительным, периодическим); медицинским осмотрам (предрейсовым, послерейсовым); при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе качества медицинской помощи; экспертизе профессиональной пригодности; экспертизе временной нетрудоспособности; экспертизе связи заболевания с профессией., выданной Управлением Росздравнадзора по Калининградской области (236006, г. Калининград, ул. Кирпичная, д. 7-9, 2-й этаж, телефон +7(4012)53-52-01) и Устава, в лице Бухгалтера (бухгалтера-кассира) \_\_\_\_\_, действующего на основании Доверенности \_\_\_\_\_, и граждан(ка) РФ \_\_\_\_\_, зарегистрированный(ая) по адресу: \_\_\_\_\_, паспорт серии \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, выдан « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ года, код подразделения \_\_\_\_\_, именуемый в дальнейшем "Заказчик", с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

**1. Предмет договора.**

1.1. По настоящему договору Центр обязуется оказать заказчику платные медицинские услуги\* в согласованном Сторонами объеме и сроки, в соответствии с Прейскурантом платных медицинских услуг, утвержденным в Центре (далее – Прейскурант) и на основании Направления (ий) на оказание медицинской услуги, являющихся неотъемлемой частью настоящего Договора (форма Направления является Приложением № 1 к настоящему Договору), а заказчик обязуется оплатить оказанные услуги. После оказания платных медицинских услуг в соответствии с настоящим Договором, Центр предоставляет Пациенту медицинские документы/выписки из медицинских документов, отражающие информацию о его состоянии здоровья в связи с платными медицинскими услугами в объеме настоящего Договора.

1.2. Пациент по условиям настоящего Договора – это заказчик или физическое лицо, в интересах которого заказчик заключает настоящий договор и которому непосредственно оказываются платные медицинские услуги. По условиям настоящего Договора Пациентом является \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(ФИО Пациента, дата рождения, данные документа, удостоверяющего личность Пациента, контактный телефон)

1.3. Платные медицинские услуги оказываются заказчику(пациентам) в порядке и в соответствии со стандартами медицинской помощи, установленными в Ф3 от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

1.4. Заказчик подтверждает, что до подписания настоящего договора Центр уведомил его о том, что:

- медицинские услуги, указанные в п.1.1. настоящего договора, выполняются за рамками объемов государственного задания, устанавливаемых Центру Минздравом России и по желанию Заказчика, в связи с чем оказываются Пациенту на возмездной основе;

- медицинские услуги, указанные в п. 1.1. настоящего договора, входят в Программу государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи и Пациент вправе получить их бесплатно в установленном действующим законодательством порядке;

- о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) врача Заказчика, непосредственно оказывающего 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;

- медицинская помощь в экстренной или неотложной форме оказывается Центром и медицинскими работниками Центра пациентам Центра, госпитализированным в стационарные хирургические отделения, вне очереди и безотлагательно, отказ в ее оказании не допускается.

1.5. Срок оказания медицинских услуг согласовывается Сторонами в Направлении(ях) на оказание медицинской услуги.

**2. Права и обязанности сторон**

**2.1. Центр обязуется:**

2.1.1. Оказать заказчику(Пациенту) платные медицинские услуги качественно, с использованием современных методов диагностики и лечения, обеспечить соответствие оказанной медицинской помощи современным требованиям об их необходимых уровне и объеме, индивидуальным особенностям организма Пациента и возможностям Центра, в полном объеме, определяемом настоящим договором, после внесения заказчиком денежных средств в порядке, указанном в разделе 3 настоящего договора, и предоставления в Центр документов, подтверждающих оплату.

2.1.2. Извещать заказчика о невозможности оказания необходимой медицинской помощи по настоящему договору, либо о возникших обстоятельствах, которые могут привести к сокращению оказания медицинских услуг, что оформляется соглашением, являющимся неотъемлемой частью настоящего договора.

## 2.2. Центр имеет право:

2.2.1. Использовать результаты, описание хода лечения и прочую информацию в качестве примера при опубликовании в специализированной медицинской литературе без указания данных Пациента, достаточных для его идентификации;

2.2.2. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуются предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Пациента при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в порядке и в соответствии с Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", при этом Центр имеет право самостоятельно определять объем и порядок медицинской помощи по экстренным показаниям.

## 2.3. Заказчик(Пациент) обязуется:

2.3.1. Оплатить стоимость медицинских услуг до начала их оказания согласно утвержденному в Центре Прейскуранту в порядке и размере, определенном разделом 3 настоящего договора.

2.3.2. Предоставить врачу Центра данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных вне Центра (при их наличии), а также сообщить все известные сведения о состоянии своего здоровья(здоровья Пациента), в т.ч. об аллергических реакциях на лекарственные средства, о противопоказаниях, о перенесенных заболеваниях и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения.

2.3.3. Ознакомиться с порядком и условиями предоставления платных медицинских услуг по настоящему договору, Правилами лечебно-охранительного режима Центра, с иной информацией - на стендах и на официальном сайте Центра [www.kldcardio.ru](http://www.kldcardio.ru).

2.3.4. Выполнять все медицинские предписания, назначения, рекомендации специалистов, оказывающих медицинские услуги (в том числе данных на период после оказания медицинской услуги), соблюдать Правила лечебно-охранительного режима Центра, правила техники безопасности и пожарной безопасности.

2.3.5.Согласовывать с лечащим или дежурным врачом употребление любых лекарственных препаратов, лекарственных трав, и т. п.;

## 2.4. Заказчик (Пациент) имеет право:

2.4.1. На выбор лечащего врача, с учетом согласия врача, а также на проведение консилиума (при необходимости) и консультаций специалистов (при необходимости); на получение в доступной форме информации о состоянии своего здоровья;

2.4.2. На сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при его обследовании и лечении;

2.4.3. На добровольное согласие и отказ от медицинского вмешательства;

2.4.4. Требовать предоставления услуг надлежащего качества, сведений о наличии лицензий, сертификатов, иных разрешительных документов, расчета стоимости услуг (сметы). Расчет стоимости услуг (сметы) предоставляется Заказчику на основании письменного заявления в срок, не позднее 07 календарных дней с даты заявления.

## 3. Стоимость медицинских услуг и порядок расчетов.

3.1. Стоимость платных медицинских услуг определяется в соответствии с действующим на момент подписания договора Прейскурантом и согласовывается Сторонами в Направлении(ях) врача, являющихся неотъемлемой частью настоящего Договора.

3.2. Расчеты между сторонами осуществляются в российской рубль через кассу Центра и/или перечислением безналичных денежных средств на лицевой счет Центра.

3.3. Оплата медицинских услуг осуществляется заказчиком на основании Направления(ий) врача в порядке предварительной оплаты (100%), в размере, указанном в п. 3.1. настоящего договора. Платная медицинская услуга считается принятой заказчиком на дату оплаты заказчиком платной медицинской услуги в соответствии с условиями настоящего Договора, Акт об оказании услуг подписывается сторонами по запросу Заказчика.

3.4. Заказчик вправе отказаться от настоящего договора в любое время при условии оплаты Центру фактически понесенных им расходов, связанных с исполнением обязательств по данному договору. В этом случае Стороны подписывают соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего договора, при этом с заказчика удерживается сумма за уже оказанные медицинские услуги.

3.5. Остаток суммы в рублях, внесенной за медицинские услуги, предусмотренные п. 1.1. настоящего договора, возвращается заказчику (либо иному лицу, указанному в п. 3.3 договора) на основании его письменного заявления в течение 10 рабочих дней на указанный в заявлении счет, открытый в банке (кредитной организации) либо наличными денежными средствами из кассы Центра.

## 4. Ответственность сторон.

4.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору, Стороны несут ответственность в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации.

4.2. Стороны согласовали, что Пациент вправе предъявлять требования, связанные с недостатками оказанной платной медицинской услуги, если они обнаружены Пациентом в течение 14 календарных дней с даты услуги.

4.3. Центр не несет ответственности за оказание медицинских услуг в неполном, либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим Договором, в случаях предоставления Пациентом неполной информации о своем здоровье в соответствии с п. 2.3.2, либо в случаях вызванных медицинскими показаниями, а также в случаях, предусмотренных п. 2.3.4 настоящего договора.

4.4. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение либо ненадлежащее исполнение своих обязательств по настоящему договору, если это неисполнение явилось следствием непреодолимой силы или других форс-мажорных обстоятельств, препятствующие выполнению обязательств по настоящему договору.

4.4. Центр имеет право в одностороннем порядке прекратить или приостановить выполнение своих обязательств при неисполнении заказчиком своих обязательств по настоящему Договору. При этом у Центра не возникает обязательств по возврату заказчику стоимости оплаченных медицинских услуг по настоящему Договору, предусмотренной в разделе 3 настоящего Договора. Стоимость медицинских услуг по настоящему договору в данном случае является компенсацией Центра за вынужденный простой персонала и оборудования Центра.

## 5. Срок действия договора и условия прекращения договора.

5.1. Настоящий договор считается заключенным с момента подписания сторонами и действует до 31 декабря 201\_\_ года. В случае если ни одна из Сторон не заявит о его прекращении за 30 дней до его окончания, договор считается продленным на каждый последующий календарный год.

5.2. Договор может быть прекращен до истечения срока выполнения сторонами своих обязательств:

- по соглашению сторон,

- в одностороннем порядке заказчиком или Центром, при этом взаиморасчеты осуществляются в порядке и на условиях, предусмотренных разделами 3 и 4 настоящего договора.

## 6. Прочие условия

6.1. Договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из сторон.

6.2. Неотъемлемой частью настоящего договора является:

6.2.1. Приложение № 1 «Форма Направления на оказание медицинской услуги».

6.2.2. Приложение № 2 «Информированное добровольное согласие Пациента на медицинское вмешательство», которое хранится в амбулаторной карте (истории болезни) Пациента.

6.3. Прейскурант платных медицинских услуг, утвержденный Приказом Главного врача Центра, является информацией, открытой для всех заинтересованных лиц, доступной для ознакомления в регистратуре Центра и на официальном сайте Центра [www.kldcardio.ru](http://www.kldcardio.ru). Подписывая настоящий Договор, заказчик подтверждает факт ознакомления с Прейскурантом платных медицинских услуг Центра.

6.4. Являясь Стороной настоящего договора, заказчик подтверждает право Центра на обработку персональных данных Пациента исключительно в связи с оказанием Пациенту медицинских услуг в соответствии с настоящим Договором.

6.5. Являясь Стороной настоящего договора, заказчик подтверждает, что он извещен об охране изображения гражданина в соответствии со ст.

152.1. Гражданского Кодекса РФ и запрете фото- и видеозаписи медицинского персонала, а также пациентов (в том числе детей) и посетителей Центра без согласия указанных лиц (их законных представителей), а также о запрете дальнейшего обнародования таких изображений. Нарушение заказчиком запрета фото- и видеозаписи медицинского персонала Центра без согласия такого персонала является основанием для прекращения Центром исполнения своих обязательств по Договору в одностороннем порядке. При этом у Центра не возникает обязательств по возврату Заказчику стоимости оплаченных медицинских услуг по настоящему Договору.

**7. Адреса и реквизиты сторон.**

**Исполнитель:**

**ФГБУ "ФЦВМТ" Минздрава России (г. Калининград)**  
Местонахождение: 238312, Калининградская обл.,  
Гурьевский район, п. Родники, ш. Калининградское, д. 4  
Почтовый адрес: А/я 5371, Калининград,  
Калининградская область, индекс 236035  
ОГРН 1113926046640; ИНН/КПП 3917513457/ 391701001  
УФК Калининградской области (ФГБУ «ФЦВМТ» Минздрава России  
(г. Калининград) л/с № 20356У92660); БИК 042748001  
р/с 40501810100002000002 в Отделении Калининград г. Калининград

**Заказчик:**

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. полностью)  
зарегистрированный(ая) по адресу: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
паспорт серии \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_,  
выдан  
« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**Уполномоченное лицо**

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

Приложение к Договору № \_\_\_\_\_ на оказание платных медицинских услуг от \_\_.\_\_.201\_\_ г.

**ФОРМА**

**Направление на оказание медицинской услуги**

Ф.И.О. пациента \_\_\_\_\_

Срок (Дата) оказания медицинской услуги \_\_\_\_\_

Код услуги*	Наименование медицинской услуги	Количество	Стоимость медицинской услуги** (НДС не облагается)

\* Код услуги в Прейскуранте основан на Номенклатуре медицинских услуг, утвержденной Приказом Министерства здравоохранения РФ от 13 октября 2017 г. N 804н "Об утверждении номенклатуры медицинских услуг".

\*\*Стоимость медицинской услуги в Направление заносится уполномоченным лицом на основании Кода услуги и Прейскуранта

**Итоговая стоимость медицинских услуг \_\_\_\_\_ (рублей)\***

Уполномоченное лицо \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(ФИО)

С оплатой услуг по настоящему направлению на основании Прейскуранта ФГБУ «ФЦВМТ» Минздрава России (г. Калининград) согласен; обязуюсь оплатить медицинские услуги по Договору в полном объеме

Заказчик (Пациент) \_\_\_\_\_ (дата, подпись)

Настоящее направление, является неотъемлемой частью Договора, составлено в двух экземплярах: один экземпляр остается в кассе Центра, второй выдается Заказчику (Пациенту)

## ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

Я \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ года рождения, проживающий(ая) по адресу: \_\_\_\_\_

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан -

Представляемых:

Я, паспорт: \_\_\_\_\_, выдан: \_\_\_\_\_ являюсь законным

представителем \_\_\_\_\_

(мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель)

ребенка или лица, признанного недееспособным: \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина - полностью, год рождения)

Обратившись в Федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральный центр высоких медицинских технологий» Министерства здравоохранения Российской Федерации (г. Калининград) (далее по тексту настоящего Соглашения—ФЦВМТ), для получения медицинской помощи и лечения в соответствии с диагнозом (предварительным диагнозом), на основании ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство:

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрягая ларингоскопия, вагинальное исследование и кольпоскопия (для женщин), ректальное исследование.
3. Антропометрические исследования.
4. Термометрия, Тонометрия.
6. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций, органа слуха и слуховых функций.
7. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).
8. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические.
9. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, нагрузочное стресс-тестирование (ВЭМ/тредмил), чреспищеводная эхокардиография, электрофизиологическое обследование методом ЧПЭКС, кардиография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, рэоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных).
10. Проведение всех видов эндоскопических исследований включая, фиброгастродуоденоскопию, фибробронхоскопию, колоноскопию, цистоскопию.
11. Проведение всех видов лучевой диагностики, в том числе ультразвукового исследования, рентгенологического исследования, компьютерной томографии, ядерно-магнитного резонанса.
12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе перорально, внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутривожно.
13. Проведение инвазивных диагностических манипуляций, в том числе плевральных, люмбальных пункций.
14. Наложение повязок различного рода.

Я ознакомлен (ознакомлена) с распорядком и правилами лечебно-охранительного режима, установленного в ФЦВМТ и обязуюсь их соблюдать.

Я извещен об охране изображения гражданина в соответствии со ст. 152.1. Гражданского Кодекса РФ и запрете фото- и видеозаписи медицинского персонала, пациентов (в том числе детей) и посетителей Центра без согласия указанных лиц (их законных представителей), а также о запрете дальнейшего обнародования таких изображений.

Я информирован(а) о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных осложнениях и последствиях, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его характере и последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи, о неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также о том, что предстоит мне (представляемому) делать во время их проведения. Кроме того, я понимаю, что невозможно получить 100 % гарантии благоприятного исхода от проводимого лечения.

Мне разъяснено и я осознаю, что в ходе выполнения указанных выше медицинских вмешательств могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения. В таком случае я согласен(на) на то, что ход медицинского вмешательства может быть изменен врачами по их усмотрению.

Я предупрежден(а), что в ряде случаев могут потребоваться повторные медицинские вмешательства, в т.ч. в связи с возможными осложнениями или с особенностями течения заболевания, и даю свое согласие на это.

Я согласен (согласна) на осмотр другими медицинскими работниками и студентами медицинских вузов и колледжей исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны;

Я согласен(на) на запись хода медицинского вмешательства на информационные носители и демонстрацию лицам с медицинским образованием исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны.

Мне в доступной форме разъяснены возможные методы обследования и лечения и связанные с ними риски, а также возможные их последствия, в том числе значимость и/или важность добровольного обследования на антитела к ВИЧ в рамках исполнения ФЗ от 30 марта 1995 г. N 38-ФЗ "О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)".

**Я информирован, что я могу отказаться от обследования и лечения в любой момент в случае, если это не противоречит законодательству РФ.**

Я обязуюсь принимать лекарственные средства, согласно назначению врача, выполнять его рекомендации, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых лекарственных средств.

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, сокрытие информации о состоянии моего здоровья могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья (здоровья представляемого).

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) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, а также об чрезмерном употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств, о наличии у меня (представляемого) в прошлом или в настоящее время инфекционного гепатита, туберкулеза, венерических заболеваний (в том числе сифилиса и ВИЧ-инфекции).

Я информирован(а), что в случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю (а в отношении лиц, не достигших 15 лет, и граждан, признанных в установленном порядке недееспособными – при отсутствии их законных представителей), а необходимость проведения лечения неотложна, вопрос о медицинском вмешательстве в интересах гражданина решает консилиум, а при невозможности собрать консилиум - непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением главного врача.

Все интересующие меня вопросы мною заданы, все полученные ответы, и разъяснения врача мне понятны, возможный риск предстоящего исследования, вмешательства, манипуляции, мною осознан.

Содержание настоящего документа мною прочитано, разъяснено мне врачом, оно полностью мне понятно, необходимости в более подробном изложении данных сведений нет.

Я информирован(а) и осознаю, что медицинская карта амбулаторного больного и иная медицинская документация является собственностью ФЦВМТ и не может быть запрошена мной, я имею право запрашивать копию медицинской документации, заверенную в установленном порядке, выписки из нее на основании личного Заявления.

Я ознакомлен(а) со всеми пунктами настоящего документа и согласен(сна) с ними.

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. Подпись пациента \_\_\_\_\_

Любую информацию о состоянии моего здоровья, проводимом обследовании и лечении, его результатах я разрешаю сообщать следующим лицам:

Ф.И.О. \_\_\_\_\_ Степень родства \_\_\_\_\_  
Ф.И.О. \_\_\_\_\_ Степень родства \_\_\_\_\_  
Ф.И.О. \_\_\_\_\_ Степень родства \_\_\_\_\_

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. Подпись пациента \_\_\_\_\_

Расписался в моем присутствии: Врач \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

Соглашение к Договору № \_\_\_\_\_  
на оказание платных медицинских услуг.

г. Калининград

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201\_ г.

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральный центр высоких медицинских технологий» Министерства здравоохранения Российской Федерации (г. Калининград), созданное на основании Распоряжения Правительства РФ от 01.11.2001 года № 1906-р (Москва), зарегистрированное в Едином государственном реестре юридических лиц 21.12.2011 года МИФНС № 1 по Калининградской области за ОГРН 1113926046640, именуемое в дальнейшем «Центр», действующее на основании Лицензии № ФС-39-01-000833 от 20.06.2018 года на медицинскую деятельность (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково"), выданной Управлением Росздравнадзора по Калининградской области и Устава, в лице Бухгалтера (бухгалтера-кассира) \_\_\_\_\_, действующего(ей) на основании Доверенности \_\_\_\_\_, и гражданин(ка) РФ \_\_\_\_\_, зарегистрированный(ая) по адресу: \_\_\_\_\_, паспорт серии \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, выдан « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ года \_\_\_\_\_, код подразделения \_\_\_\_\_, именуемый в дальнейшем "Заказчик", с другой стороны, составили настоящее Соглашение о нижеследующем:

1. В соответствии со ст. 450 Гражданского кодекса РФ Стороны пришли к соглашению о расторжении Договора № \_\_\_\_\_ на оказание платных медицинских услуг от « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ года (далее—Договор).

2. На момент настоящего Соглашения, Стороны не имеют взаимных претензий.

3. Условия Договора считаются выполненными Сторонами (выбрать нужное):

*в полном объеме.*

*не в полном объеме, а именно Заказчик отказывается от оплаченных услуг Центра в части:*

(указать код услуги по Прейскуранту)

Стоимость услуг, от которых отказывается Заказчик настоящим Соглашением составляет: \_\_\_\_\_ рублей.

4. Настоящее Соглашение является письменным заявлением Заказчика о возврате денежных средств Заказчика, внесенных за медицинские услуги по Договору. Денежные средства возвращаются Заказчику в течение 10 рабочих дней на счет, указанный Заказчиком, открытый в банке (кредитной организации) либо наличными денежными средствами из кассы Кардиоцентра.

Счет Заказчика: \_\_\_\_\_

5. Настоящее Соглашение составлено в 2-х экземплярах, по одному экземпляру для каждой из сторон и является неотъемлемой частью Договора.

**Исполнитель:**

**ФГБУ "ФЦВМТ" Минздрава России (г. Калининград)**

Местонахождение: 238312, Калининградская обл., Гурьевский район, п. Родники, ш. Калининградское, д. 4

Почтовый адрес: А/я 5371, Калининград,

Калининградская область, индекс 236035

ОГРН 1113926046640

ИНН/КПП 3917513457/ 391701001

УФК Калининградской области (ФГБУ «ФЦВМТ» Минздрава

России (г. Калининград) л/с № 20356У92660)

БИК 042748001

р/с 40501810100002000002 в Отделении Калининград г.

Калининград

**Заказчик:**

(Ф.И.О. полностью,)

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

паспорт серии \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, выдан « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_

Уполномоченное лицо \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

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