

Автономная некоммерческая организация медико-социальной помощи  
«Благотворительная больница»



ИНН 7814789901, КПП 781401001

197341, г. Санкт-Петербург, Коломяжский пр-кт, д. 19, кор. 2, лит А, офис № 20  
[www.charityhospital.ru](http://www.charityhospital.ru) e-mail: [info@charityhospital.ru](mailto:info@charityhospital.ru) телефон: 8-994-418-65-34

р/с 40703810555000004824, в Северо-Западный банк ПАО Сбербанк

Лицензия на осуществление медицинской деятельности: ЛО41-01148-78/00728853  
от 03.10.2023, бессрочно

## Приказ №6

г. Санкт-Петербург

30.10.2023 г.

В связи с началом работы благотворительной медицинской клиники для беженцев, бездомных, людей без документов и гражданства Автономной некоммерческой организации медико-социальной помощи «Благотворительная больница» (далее - организация), расположенной по адресу: г. Санкт-Петербург, ул. Балтийская, дом 36\9 лит.А, помещение 3-Н (лицензия на право осуществления медицинской деятельности № ЛО41-01148-78/00728853 от «03» октября 2023 г., выдана Комитетом по здравоохранению г. Санкт-Петербурга, действует бессрочно.)

### ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить Договор-оферту на оказание медицинских услуг в АНО «Благотворительная больница» с 30.11.2023 года с Приложениями к нему:

Приложение №1 Заявление о присоединении к договору-оферте на оказание медицинских услуг,

Приложение №2 Согласие на обработку персональных данных в АНО «Благотворительная больница»,

Приложение №3 Информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения медицинской помощи.

Указанные в настоящем пункте документы, являются приложением к настоящему Приказу.

2. Данный Приказ довести до сведения всех сотрудников организации и разместить на сайте организации.

Контроль за исполнение данного приказа оставляю за собой.

Исполнительный директор  
АНО «Благотворительная больница»



Иевков С.А.

Иевков С.А.



## Договор-оферта на оказание медицинских услуг

г. Санкт-Петербург

Договор-оферта на оказание медицинских услуг Автономной некоммерческой организацией медико-социальной помощи «Благотворительная больница» (далее — Клиника, Исполнитель) («Договор-оферта» или «Договор») в порядке ст. 435 Гражданского Кодекса РФ (далее – «ГК РФ») является офертой, обращенной к физическим лицам, желающим получить соответствующие медицинские услуги и являющимися лицами, которые в соответствии с Уставом Клиники являются целевой группой Клиники. Физические лица, желающие принять (акцептовать) данную оферту обязуются подписать Заявление о присоединении к оферте на оказание медицинских услуг по форме Приложения №1 к настоящему Договору. Статья 440 ГК РФ гласит, что договор считается заключенным, если акцепт получен лицом, направившим оферту, в пределах указанного в ней срока.

Настоящий Договор-оферта действителен с «30» октября 2023 года.

### 1. ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ

- 1.1. Заказчик – физическое лицо, заключающее настоящий Договор с Исполнителем в отношении Пациента. Заказчик является получающей медицинские и иные услуги по настоящему Договору стороной. Заказчик и Пациент могут совпадать в одном лице.
- 1.2. Исполнитель – Автономная некоммерческая организация медико-социальной помощи «Благотворительная больница» (АНО «Благотворительная больница») (Свидетельство о государственной регистрации юридического лица в Едином государственном реестре юридических лиц выдано Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы №26 по Санкт-Петербургу 22 апреля 2021 года, ОГРН 1217800065450), лицензия на право осуществления медицинской деятельности № ЛО41-01148-78/00728853 от «03» октября 2023 г., выдана Комитетом по здравоохранению г. Санкт-Петербурга.
- 1.3. Пациент – потребитель, физическое лицо, непосредственно получающее медицинские услуги, оказываемые Исполнителем в объемах и порядке, установленном настоящим Договором и принадлежащее к целевой группе согласно Уставу Исполнителя. Пациент и Заказчик могут совпадать в одном лице.
- 1.4. Сторона – именуемые по отдельности Заказчик, Пациент или Клиника.
- 1.5. Стороны – именуемые совместно Заказчики/или Пациент с одной стороны и Клиника с другой стороны.
- 1.6. Медицинские услуги - выполняемые Исполнителем на безвозмездной основе в соответствии с уставными целями медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение, а также медицинские консультации с применением телемедицинских технологий без постановки диагноза.
- 1.7. Акцептом условий договора оферты является подписание Заказчиком заявления, что удостоверяет факт заключения договора-оферты на оказание медицинских услуг между Исполнителем и Заказчиком, текст которого размещен на официальном сайте Исполнителя, по адресу: <https://charityhospital.ru/>, а также на информационном стенде в клинике Исполнителя.



1.8. В случае, если Заказчик и Пациент являются одним лицом, то по тексту настоящего Договора термины «Пациент» и «Заказчик» являются равнозначными и могут применяться как совместно, так и раздельно.

## **2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**

2.1. Исполнитель обязуется по заданию Заказчика оказать медицинские услуги Пациенту в соответствии с Лицензией на осуществление медицинской деятельности и имеющимися операционными возможностями.

2.2. Объем, сроки и время предоставления Пациенту медицинских услуг определяются Исполнителем и согласовываются с Пациентом (законным представителем Пациента), в момент обращения Пациента к Исполнителю с целью получения медицинских услуг.

2.3. Место оказания медицинских услуг: 198095, г. Санкт-Петербург, улица Балтийская, д. 36\9 лит. А, пом. 3-Н

2.4. Настоящий договор заключен на неопределенный срок.

2.5. Медицинские услуги оказываются лицам, являющимся целевой группой согласно Уставу Клиники, на безвозмездной основе в соответствии с уставными целями Исполнителя.

## **3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

3.1. Исполнитель обязуется:

3.1.1. Оказывать Пациенту с его согласия медицинские услуги в соответствии с установленными порядками и стандартами оказания медицинской помощи, действующими на территории Российской Федерации.

3.1.2. Обеспечить для оказания медицинских услуг помещения, соответствующие санитарным и гигиеническим требованиям, а также оснащение, соответствующее обязательным нормам и правилам, предъявляемым к данной услуге.

3.1.3. Оформить необходимые для обслуживания Пациента медицинские документы, в том числе медицинскую (амбулаторную) карту.

3.1.4. Информировать Заказчика/Пациента о невозможности выполнения медицинских услуг в рамках настоящего Договора по объективным причинам (болезнь или отпуск специалиста, поломка аппаратуры и др.) и о дате возможного возобновления оказания медицинских услуг.

3.1.5. Предоставлять Пациенту достоверную информацию об оказываемой медицинской помощи, эффективности методов лечения, о состоянии его здоровья, результатах обследования, диагнозе, методах лечения, возможных рисках, вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения, об используемых лекарственных препаратах и о медицинских изделиях.

3.1.6. Информировать Пациента о возможности возникновения осложнений при оказании медицинских услуг.

3.1.7. Исполнитель после исполнения договора выдает Пациенту копии медицинских документов, выписки из медицинских документов, отражающие состояние его здоровья после получения медицинских услуг.

3.1.8. По требованию Заказчика/Пациента предоставить для ознакомления документы, подтверждающие специальную правоспособность Исполнителя.

3.1.9. Соблюдать врачебную тайну, в том числе конфиденциальность персональных данных Заказчика/Пациента.

3.1.10. При оказании медицинских услуг обеспечивать применение разрешенных к применению в Российской Федерации лекарственных препаратов, специализированных продуктов лечебного питания, медицинских изделий.

3.1.11. Информировать Заказчика/Пациента в процессе оказания медицинских услуг о необходимости оказания дополнительных медицинских услуг, не согласованных с Пациентом (его законным представителем) в момент его обращения к Исполнителю.



### 3.2. Заказчик/Пациент обязуется:

3.2.1. До оказания медицинской услуги предоставить Исполнителю максимально подробную информацию о состоянии здоровья, отягощенной наследственности, о перенесенных и имеющихся заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях Пациента, что может снизить качество предоставляемой медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента.

3.2.2. Соблюдать меры предосторожности при контактах с другими лицами, включая медицинских работников, в случае, если он знает о наличии у Пациента заболевания, представляющего опасность для окружающих.

3.2.3. Сообщать Исполнителю сведения о наличии у Пациента заболевания, представляющего опасность для окружающих, при использовании крови, биологических жидкостей Пациента.

3.2.4. Сообщать Исполнителю о жалобах Пациента, перенесенных заболеваниях, обращениях за медицинской помощью, изменениях в состоянии здоровья.

3.2.5. Предоставлять Исполнителю необходимую для медицинского вмешательства информацию о состоянии здоровья Пациента и иные сведения, которые могут сказаться на качестве оказываемых медицинских услуг.

3.2.6. Предоставить Исполнителю согласие на обработку своих персональных данных (Приложение № 2 к настоящему Договору).

3.2.8. Предоставить Исполнителю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане ( законные представители) дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи в АНО «Благотворительная больница» (Приложение № 3 к настоящему Договору).

3.2.9. Соблюдать график приема врачей-специалистов.

3.2.10. Заблаговременно информировать Клинику о необходимости отмены или изменения назначенного Пациенту время получения (оказания) медицинской услуги.

3.2.11. Соблюдать внутренний режим нахождения в Клинике.

3.2.12. Ознакомиться с правилами (положениями), устанавливающими условия и порядок оказания медицинских в Клинике, в последующем строго соблюдать указанные правила.

3.2.13. Уважительно относиться к другим пациентам и посетителям Клиники, к медицинскому и обслуживающему персоналу, соблюдать общепринятые правила этики и поведения.

### 3.3. Исполнитель имеет право:

3.3.1. Самостоятельно определить действия, направленные на оказание незамедлительной медицинской помощи Пациенту.

3.3.2. С целью исполнения обязательств по настоящему Договору привлекать третьих лиц, которые имеют лицензию на осуществление медицинской деятельности.

### 3.4. Заказчик / Пациент имеет право:

3.4.1. Требовать от Исполнителя надлежащего выполнения им обязательств по настоящему Договору.

3.4.2. На профилактику, диагностику, лечение, медицинскую реабилитацию в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям.

3.4.3. На получение консультаций врачей-специалистов.

3.4.4. На облегчение боли, связанной с заболеванием и/или медицинским вмешательством, доступными методами и лекарственными препаратами.

3.4.5. На получении информации о своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья, выбор лиц, которым в интересах Пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья.

3.4.6. На защиту сведений, составляющих врачебную тайну.

3.4.7. Заказчик/Пациент имеет право на получение в доступной форме информации о состоянии своего здоровья, на отказ от медицинского вмешательства.

3.4.8. На возмещение вреда, причиненного здоровью при оказании Пациенту медицинской помощи.

## 4. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА



4.1. Исполнитель вправе в одностороннем порядке вносить изменения в настоящий Договор, приложения к договору, перечень медицинских услуг, в положения, устанавливающие условия и правила оказания медицинских услуг Исполнителем. В случае изменения Исполнителем какого-либо документа, указанного в настоящем пункте, такие изменения доводятся до сведения Заказчика/Пациента путем размещения соответствующей информации на информационных стендах Исполнителя и официальном сайте Исполнителя в информационной сети Интернет по адресу: <https://charityhospital.ru/>.

4.2. Договор может быть расторгнут:

4.2.1. по соглашению Сторон;

4.2.2. в случае существенного нарушения одной из Сторон условий Договора в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации;

4.2.3. любой из Сторон в одностороннем порядке с уведомлением по электронной почте или в бумажном письменном виде не менее чем за 10 (десять) рабочих дней до предполагаемой даты расторжения Договора. Договор считается расторгнутым с 11 (одиннадцатого) рабочего дня, если иное не указано в уведомлении.

## **5. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ**

5.1. Конфиденциальной считается информация, отнесенная Федеральным законом РФ № 152-ФЗ «О персональных данных» от 27.07.2006 г. к персональным данным. Клиника обязуется принимать все необходимые организационные и технические меры для защиты персональных данных Заказчика и Пациента от неправомерного или случайного доступа к ним, уничтожения, изменения, блокирования, копирования, распространения персональных данных, а также от иных неправомерных действий. Стороны берут на себя взаимные обязательства по соблюдению режима конфиденциальности информации, полученной при исполнении условий настоящего Договора. Передача информации третьим лицам или иное разглашение информации, признанной по настоящему Договору конфиденциальной, может осуществляться только с письменного согласия другой Стороны, если иное не предусмотрено законодательством Российской Федерации и/или настоящим Договором, дополнениями/приложениями к нему.

5.2. С письменного согласия Пациента (его законного представителя) допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну другим лицам, указанным Пациентом или его законным представителем.

5.3. Принимая условия настоящего Договора Заказчик, в соответствии со ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», дает свое согласие на обработку его персональных, а также специальных и биометрических данных Клиникой (он же «Оператор») и его уполномоченным сотрудникам. Целью обработки персональных данных является оказание медицинских и иных услуг по профилю деятельности Клиники на основании настоящего Договора-оферты.

5.4. Перечень персональных данных, подлежащих обработке, перечислены в Приложении №2.

5.5. Перечень действий с персональными данными, на совершение которых Пациент дает свое согласие: любое действие (операция) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

5.6. Передача персональных данных ограничена исключительно целями оказания услуги и обусловлена исключительно технической необходимостью.

5.7. Пациент может потребовать в письменном виде уничтожить его персональные данные в любой момент после окончания оказания услуг.

## **6. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ**

6.1. При обращении Пациента в Клинику он подписывает Заявление о присоединении к данному Договору-оферте.

- 6.2. По требованию Заказчика, Клиникой оформляется и предоставляется бумажный дубликат настоящего Договора.
- 6.3. В случае, если одно или более положений Договора является по какой-либо причине незаконным, не имеющим юридической силы, то такая недействительность не оказывает влияния на действительность любого другого положения Договора, и Договор должен толковаться таким образом, как если бы он не содержал такого недействительного положения.
- 6.4. Все споры, возникающие при выполнении настоящего Договора, решаются путем переговоров. В случае невозможности урегулирования спора в досудебном порядке, все неурегулированные вопросы подлежат разрешению в суде в соответствии с законодательством Российской Федерации.
- 6.5. Медицинские услуги не оказываются, если у Пациента имеются противопоказания, препятствующие оказанию услуг по настоящему Договору.
- 6.6. Заказчик настоящим подтверждает, что он ознакомился с правилами поведения, Положением о порядке и условиях оказания медицинских услуг в Клинике, утвержденных Клиникой, и обязуется соблюдать их.
- 6.7. Заказчик подтверждает, что до заключения Договора уведомлен о том, что несоблюдение Пациентом указаний (рекомендаций) Клиникой (медицинского работника, предоставляющего медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставления медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента.
- 6.8. Заказчик осведомлен о том, что он имеет право получить медицинские услуги, входящие в программу государственных гарантий, бесплатно в муниципальных и государственных учреждениях по месту его регистрации.
- 6.9. Приложение № 1 – Форма «Заявление о присоединении к договору – оферте на оказание медицинских услуг»;
- Приложение № 2 – Согласие на обработку персональных данных;
- Приложение № 3 – Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане (родители, законные представители) дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи в АНО «Благотворительная больница»;

Исполнитель:

АНО «Благотворительная больница»

юридический адрес: 197341, г. Санкт-Петербург, Коломяжский проспект,

д. 19, кор. 2, лит А, офис № 20

телефон: +7-994-418-65-34

ИНН/КПП: 7814789901/781401001

р/с 40703810555000004824

в СЕВЕРО-ЗАПАДНЫЙ БАНК ПАО СБЕРБАНК

к/с 3010181050000000653

БИК 044030653



**Заявление о присоединении  
к договору-оферте на оказание медицинских услуг**

г. Санкт-Петербург

« » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Я, ФИО паспорт \_\_\_\_\_, зарегистрированный (ая) по адресу \_\_\_\_\_, именуемый (ая) в дальнейшем «Заказчик/Пациент», настоящим заявляю, что ознакомился с условиями договора-оферты на оказание медицинских услуг АНО «Благотворительная больница» (Лицензия № ЛО41-01148-78/00728853 от «03» октября 2023 г., выдана Комитетом по здравоохранению г. Санкт-Петербурга) и выражаю свое согласие с изложенными в нем условиями, 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) АНО «Благотворительная больница». Перечень оказываемых медицинских услуг определяются соглашением сторон, их количество указывается в медицинской информационной системе сотрудниками Исполнителя, выписка из которой может быть предоставлена Заказчику по его запросу. Взаимоотношения Сторон в рамках настоящего заявления о присоединении к Договору-оферте на оказание медицинских услуг АНО «Благотворительная больница» регулируются действующим законодательством РФ. Подписывая настоящее заявление, я подтверждаю, что проинформирован(а) 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 мной медицинского учреждения и врача, согласии с настоящим Договором-офертой и его приложениями в полном объеме и без исключений.

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 АНО «Благотворительная больница» в порядке, указанном в Приложении №2 и даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство. Настоящим Заказчик/Пациент удостоверяет, что текст информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство им прочитан, понятно назначение данного документа, полученные разъяснения сделаны в доступной форме.

Условия согласия на обработку персональных данных и условия информированного добровольного согласия на исследования, вмешательства, операции, лечение размещены на официальном сайте Исполнителя, по адресу: <https://charityhospital.ru/>.

Пациент: \_\_\_\_\_ (Ф. И. О.)

Адрес места жительства (фактический): \_\_\_\_\_.

Иные адреса (при наличии), на которые (при их указании в Заявлении о присоединении к Договору-оферте) Исполнитель может направлять ответы на письменные обращения

\_\_\_\_\_

Телефон (при наличии): \_\_\_\_\_

Адрес электронной почты (при наличии) \_\_\_\_\_.

Подпись Пациента: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_ г.

**СОГЛАСИЕ  
НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ  
АВТОНОМНОЙ НЕКОММЕРЧЕСКОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ  
«БЛАГОТВОРИТЕЛЬНАЯ БОЛЬНИЦА»**

Я, \_\_\_\_\_,  
(ФИО, дата рождения)

паспорт \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_  
(серия, номер) (когда и кем выдан)

адрес регистрации (фактического места жительства) : \_\_\_\_\_

даю свое согласие на обработку автономной некоммерческой организацией медико-социальной помощи «Благотворительная больница» (ОГРН 1217800065450, местонахождение 198095, г. Санкт-Петербург, улица Балтийская, дом 36\9 литера А, пом. 3-Н) моих персональных данных, относящихся исключительно к перечисленным ниже категориям персональных данных:

фамилия, имя, отчество;

возраст;

дата рождения;

пол;

гражданство;

номер телефона;

адрес регистрации;

адрес фактического места жительства;

почтовый адрес;

адрес электронной почты;

тип документа, удостоверяющего личность;

данные документа, удостоверяющего личность;

данные документа, подтверждающего право застрахованного на бесплатную медицинскую помощь (полис ОМС);

данные документа, подтверждающего регистрацию застрахованного лица в системе обязательного пенсионного страхования (СНИЛС);

семейное положение, наличие детей, родственные связи;

информация о наличии или отсутствии судимости;

место работы;

стаж бездомности;

причина обращения за помощью;

причина попадания в трудную жизненную ситуацию;

состояние здоровья, имеющиеся заболевания, поставленные диагнозы, факты обращения в медицинские организации;

физиологические особенности;

случаях обращения за медицинской помощью в медико-профилактических целях, а также в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязательным сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам АНО «Благотворительная больница» передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим сотрудникам АНО «Благотворительная больница» в интересах моего обследования и лечения. Я даю согласие на использование персональных данных



исключительно в целях оказания медицинской, социальной и медико-социальной помощи, а также в научных целях (для проведения исследований). Настоящее согласие предоставляется мной на осуществление действий в отношении моих персональных данных, которые необходимы для достижения указанных выше целей, включая (без ограничения) сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование персональных данных. Я проинформирован, что автономная некоммерческая организация медико-социальной помощи «Благотворительная больница» гарантирует обработку моих персональных данных в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации как неавтоматизированным, так и автоматизированным способами. Данное согласие действует в течение десяти лет. Данное согласие может быть отозвано в любой момент по моему письменному заявлению. Я подтверждаю, что, давая такое согласие, я действую по собственной воле и в своих интересах.

“ \_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 202\_\_ г.

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
Подпись                      Расшифровка подписи

## ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ

при выборе врача и медицинской организации для получения медицинской помощи

Я, \_\_ ФИО \_\_\_\_\_ дата рождения \_\_\_\_\_ г.р. в соответствии с № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» подтверждаю свое добровольное согласие на проведение мне определенных видов медицинских вмешательств в АНО «Благотворительная больница» (далее — Клиника), на которые в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23.04.2012 г. № 390н граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи (далее – Перечень), а именно:

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
  2. Осмотр, в том числе пальпация (метод врачебного исследования прощупыванием), перкуссия (метод врачебного исследования простукиванием), аускультация (метод врачебного исследования выслушиванием), риноскопия (метод исследования полости носа с помощью носовых зеркал и расширителей), фарингоскопия (метод визуального исследования глотки), непрямая ларингоскопия (метод визуального исследования гортани), вагинальное исследование (ручное, с применением специальных зеркал и визуальное исследование влагалища, визуальное исследование наружных половых органов), ректальное исследование (исследование прямой кишки и окружающих ее органов и тканей, включая пальцевое исследование прямой кишки), отоскопия (метод исследования наружного слухового прохода и структур среднего уха с помощью отоскопа).
  3. Антропометрические исследования (измерения веса, роста и других размеров тела).
  4. Термометрия (измерение температуры тела).
  5. Тонометрия (измерение давления).
  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, но не ограничиваясь следующими: клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические.
  10. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутривожно, промывание лор-органов лекарственными препаратами.
- Мне даны разъяснения, которые мною осознаны и мне понятны:
- О целях медицинского вмешательства; методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске; о возможных вариантах видов медицинского вмешательства; о последствиях медицинского вмешательства, в т.ч. о вероятности развития осложнений; о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи; о том, что мне предстоит делать во время проведения медицинского вмешательства; о возможных последствиях отказа от предполагаемого медицинского вмешательства;
  - О планируемом объеме и тактике медицинских вмешательств, а также о том, что они могут быть изменены в силу специфики медицинских услуг в зависимости от индивидуальных особенностей организма пациента, состояния его здоровья, получаемых результатов обследований и т.п.;
  - О том, что отказ от необходимого лечения, от выполнения назначений и рекомендаций врачей, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима приема назначенных лечащим врачом препаратов самовольное использование инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс оказания медицинской помощи/лечения, снизить качество оказываемой медицинской помощи и отрицательно сказаться на состоянии здоровья;
  - О необходимости проинформировать врача обо всех известных мне данных о моем состоянии здоровья и состоянии здоровья ближайших родственников, в т.ч. об имеющейся в анамнезе патологии, перенесенных или имеющихся заболеваниях, инфекциях, аллергических реакциях или индивидуальной непереносимости лекарственных средств, наследственных, венерических, психических и других заболеваниях в семье, травмах, операциях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня во время



жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах, о наследственности, употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств, а также иных, сообщить любые сведения, которые могут повлиять на качество оказываемой медицинской помощи;

- О том, что проводимое лечение не гарантирует 100%-ный результат и что при проведении медицинских манипуляций и после них, как в ближайшем, так и в отдаленном периоде возможны различные осложнения, что используемая технология и тактика медицинской помощи не могут полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов, обусловленных биологическими особенностями организма, а также существует возможность непреднамеренного причинения вреда здоровью.

- О том, что в случаях несоблюдения предписаний врача, отказа от проведения необходимых обследований, исследований, осмотров и консультаций врачей-специалистов, нарушения правил внутреннего распорядка в Клинике, врачом может быть принято решение об отказе от наблюдения за пациентом и его лечения, если это не угрожает жизни пациента.

- О том, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных ч.9.ст.20 ФЗ от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Отказ от медицинского вмешательства оформляется в письменной форме до начала медицинских манипуляций и хранится в медицинской документации. Я подтверждаю:

- что мне понятен смысл всех терминов, употребленных в настоящем информированном добровольном согласии;

-что я имел(а) возможность задать и получить ответы на все интересующие меня вопросы, связанные с оказанием мне медицинской помощи, в т.ч. в области медицины;

-что ознакомлен(а) с правилами внутреннего распорядка в Клинике;

-что осознаю, что в силу специфики медицинских услуг, их объем в любом случае могут быть определены как предварительные, и их окончательные объемы определяются, исходя из фактически оказанных с моего согласия медицинских услуг на момент окончания их исполнения.

На основании вышеизложенного, я добровольно и осознанно принимаю решение об оказании мне медицинских услуг в Клинике и даю добровольное информированное согласие на проведение всех необходимых медицинских вмешательств, связанных с оказанием мне медицинской помощи, а также необходимых по медицинским показаниям дополнительных медицинских вмешательств, которые могут потребоваться по состоянию здоровья. Данное мною информированное согласие действительно в течение всего срока оказания медицинской помощи (предоставления медицинских услуг) в Клинике. Мне понятно, что данное согласие может быть отозвано по моему желанию по письменному заявлению. Я проинформирован, что АНО «Благотворительная больница» не работает в системе обязательного медицинского страхования и программах госгарантий. Мне понятно, что реализовать свое право на получение медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, я имею возможность обратившись в иную медицинскую организацию, которая осуществляет свою деятельность в сфере услуг ОМС, и участвует в программах госгарантий. Я разрешаю использовать мою медицинскую информацию всем сотрудникам Клиники, участвующим в оказании медицинской помощи, в целях проведения внутреннего контроля качества, в том числе с привлечением специалистов. Я понимаю, что факт дачи мною согласия на медицинское вмешательство имеет соответствующие юридические последствия. Я подписываю настоящее согласие на медицинское вмешательство, будучи вменяемым, дееспособным человеком, не под влиянием заблуждения или принуждения со стороны сотрудников Клиники либо иных лиц, обладая необходимой информацией для принятия решения.

ФИО пациента (подпись)

Я свидетельствую, что дал разъяснения о целях, характере, ходе и объеме планируемых в ходе оказания медицинской помощи медицинских вмешательств, а также способах и рисках их проведения, дал ответы на все интересующие вопросы.

Должность медработника ФИО медработника (подпись) Дата