ДОГОВОР № {НомерКарты}

НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ НАСЕЛЕНИЮ ПО ПРОФИЛЮ СТОМАТОЛОГИЯ

г. Сочи {ДатаПервогоПриемаЧислом} г.

Общество с ограниченной ответственностью «Сим Клиник», расположенное по адресу: Краснодарский край, г. Сочи, ул. Абрикосовая д. 2/6, помещение 8,9,10, ОГРН 1182375099972 ИНН 2366009305, именуемое в дальнейшем «**Исполнитель**», в лице исполнительного директора Смирновой Екатерины Вадимовны, действующего на основании доверенности № 1 от 14 мая 2025 года, с одной стороны, и {Представитель.ФамилияИмяОтчество}, паспорт {Представитель.СерияНомерПаспорта}, выдан {Представитель.Выдан} {Представитель.ДатаВыдачи} г., адрес регистрации: {Представитель.АдресРегистрации}, телефон: {Представитель.МобТелефон}, именуемый(ая) в дальнейшем «**Заказчик**», действующий(ая) в интересах «**Потребителя»** (лица, не достигшего 18 лет, или недееспособного гражданина): {ФамилияИмяОтчество} дата рождения {ДатаРождения} г., паспорт: серия, № {СерияНомерПаспорта} выдан {Выдан} дата выдачи {ДатаВыдачи} г., законным представителем, которого я являюсь, далее именуемые Стороны, заключили настоящий договор (далее – Договор) о нижеследующим:

1. Предмет договора.

1.1. Исполнитель обязуется оказать Потребителю платные медицинские услуги на условиях, определенных Договором, а Заказчик обязуется оплатить указанные в Плане лечения услуги, в размере, порядке и в сроки, установленные Договором, или дополнительными соглашениями к нему. Стоматологические услуги оказываются после обследования Потребителя.

1.2. Исполнитель обязуется оказать платные медицинские услуги на основании действующего Прейскуранта цен (тарифов), с которым Заказчик и Потребитель могут ознакомиться на информационном стенде Исполнителя «Уголок Потребителя» и на официальном сайте: simclinic.pro.

1.3. Перечень платных медицинских услуг, сроки их ожидания и стоимость определяются Сторонами в предварительном Плане лечения.

1.4. Исполнитель оказывает услуги в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности: № Л041-01126-23/00333878 от 21.08.2019 года, срок действия: бессрочно, орган, выдавший лицензию: Министерство здравоохранения Краснодарского края (адрес: 350020, г. Краснодар, ул. Коммунаров, 276/1, телефон горячей линии: 8 800 2000 366);

1.5. Подписывая Договор, Стороны подтверждают, что Исполнитель предоставил, а Заказчик и Потребитель получили следующую информацию:

- о графике и режиме работы медицинской организации, медицинского и врачебного персонала, участвующего в предоставлении платных медицинских услуг;

- о перечне платных медицинских услуг, их стоимости (Заказчик и Потребитель ознакомлены с Прейскурантом Исполнителя), об условиях, порядке и форме предоставления платных медицинских услуг, и их оплате;

- о порядке и стандартах оказания медицинской помощи, клинических рекомендациях, применяемых при предоставлении платных медицинских услуг;

- о возможности проведения отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем соответствующего стандарта медицинской помощи;

- о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;

- о квалификации и сертификации медицинских работников Исполнителя, уровне их профессионального образования, а также о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации);

- о возможности получения медицинских услуг бесплатно в объеме и на условиях, предусмотренных программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам РФ медицинской помощи и территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи населению;

- о форме и способах направления обращений (жалоб) в органы государственной власти и организации, а также о почтовом адресе или адресе электронной почты (при наличии), по которому может быть направлено обращение (жалоба);

- о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой Потребителю платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя.

- о том, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» обязаны соблюдать установленный режим лечения (в том числе на период временной нетрудоспособности) и правила поведения пациента в медицинских организациях.

- о гарантийных сроках Исполнителя на оказываемые услуги, сроках службы, а также условиях при которых гарантийные обязательства Исполнителя сохраняются. Своей подписью Заказчик подтверждает, что ознакомился с утвержденным Исполнителем «Положением о гарантийных обязательствах ООО «Сим Клиник», а также выражает свое согласие с гарантийным сроком на оказываемые Исполнителем услуги, сроком службы, а также условиями, при которых гарантийные обязательства Исполнителя сохраняются.

_____ / {Представитель.ФамилияИмяОтчество}/

1.6. Проставляя свою подпись в настоящем пункте Договора, Заказчик/Потребитель дает согласие на получение от Исполнителя рекламных материалов, а также сообщений, связанных с исполнением Договора, включая, но не ограничиваясь уведомлением о дате и времени оказания услуг. Такое информирование может осуществляться путем прямых контактов с использованием любых средств связи, включая, но не ограничиваясь: почтовой рассылкой, SMS-сообщениями, электронными письмами, сообщениями через мессенджеры, включая, но не ограничиваясь: WhatsApp, Telegram, мобильные приложения на номер телефона, адрес электронной почты или почтовый адрес Потребителя указанные в разделе 8 Договора. Если Потребитель не дает согласие на указанное информирование, он обязан сообщить об этом Исполнителю в письменной форме.

_____ / {Представитель.ФамилияИмяОтчество}/

1.7. Настоящей подписью, Заказчик выражает свой отказ в передаче Исполнителем данных Потребителя в Единую государственную систему здравоохранения (ЕГИСЗ), последствия такого отказа Заказчику понятны и разъяснены Исполнителем.

_____ / {Представитель.ФамилияИмяОтчество}/

2. Сроки оказания медицинских услуг.

2.1. Срок оказания медицинских услуг исчисляется с момента обращения Заказчика и Потребителя к Исполнителю. Продолжительность оказания услуг определяется медицинскими показаниями и согласовывается Сторонами в Плане лечения, который является неотъемлемой частью Договора.

3. Обязательства сторон

3.1. Исполнитель обязан:

3.1.1. Оказывать медицинские услуги с участием квалифицированного медицинского персонала, вести всю необходимую документацию в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

3.1.2. Обеспечивать процесс лечения Потребителя современным технологическим оборудованием, медикаментами и расходными материалами.

3.1.3. Предоставлять Заказчику достоверную информацию об оказываемых Потребителю медицинских услугах, их стоимости, методах лечения и используемых лекарственных препаратах.

3.1.4. Оказать стоматологическую помощь Потребителю только после подписания Договора.

3.1.5. Информировать Заказчика о необходимости изменения перечня услуг в случае изменения состояния здоровья.

3.1.6. По письменному запросу Заказчика, после исполнения договора, бесплатно выдать Заказчику или другому законному представителю Потребителя медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из них), отражающие состояние здоровья Потребителя после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об использованных при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях.

3.2. Исполнитель вправе:

3.2.1. Самостоятельно (по согласованию с Заказчиком) решать вопросы, связанные с выбором методов диагностики и лечения Потребителя. При необходимости привлекать для оказания медицинских услуг сторонних исполнителей и соисполнителей. В случае возникновения неотложных ситуаций, самостоятельно определять объем исследований, манипуляций, оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза и оказания медицинских услуг, в том числе не предусмотренных договором.

3.2.2. Медицинский работник Исполнителя, оказывающий конкретную медицинскую услугу (часть услуги), вправе для уточнения диагноза и выбора оптимального плана лечения направить Потребителя к другому специалисту. Ответственность за невыполнение этой рекомендации несет Заказчик.

3.2.3.В случае непредвиденного отсутствия лечащего врача в день назначенного приема, по согласованию с Заказчиком направить Потребителя к другому специалисту соответствующего профиля и квалификации.

3.2.4. Исполнитель имеет право вносить изменения в действующий прейскурант цен на медицинские услуги в отношении их стоимости, о чем заблаговременно информирует Заказчика любым доступным способом. Размещение на сайте Исполнителя нового прейскуранта цен признается сторонами договора надлежащим уведомлением со стороны Исполнителя.

3.2.5. Отказаться от предоставления медицинских услуг (или установить другое время для оказания):
- в связи с отсутствием медицинского работника необходимой квалификации, специального оборудования или лекарственных средств;
- на основании письменного отказа Заказчика от медицинского вмешательства;
- в случае невыполнения Заказчиком условий Договора;
- в случае выявления противопоказаний для лечения и/или исследования, манипуляции и/или процедуры;

3.2.6. В случае неявки Потребителя без уважительной причины, без уведомления Исполнителя в разумный срок, Исполнитель имеет право расторгнуть договор в одностороннем порядке. В этом случае стоимость оплаченного лечения возврату не подлежит.

3.3. Заказчик обязан:

3.3.1. Своевременно и в полном объеме оплачивать медицинские услуги, оказываемые в соответствии с Договором.

3.3.2. Предоставить достоверную информацию о состоянии здоровья Потребителя, аллергических реакциях на лекарственные препараты, пищевые продукты и т.п., о состоянии здоровья ближайших родственников; об имеющихся заболеваниях и патологиях (в том числе из анамнеза), о результатах ранее проведенных обследований и консультаций специалистов, выполненных не Исполнителем (при наличии); а также о любых иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения.
3.3.3. Строго следовать всем рекомендациям и назначениям лечащего врача, выполнять предписания и рекомендации медицинских работников, оказывающих медицинские услуги Потребителю в рамках Договора. Незамедлительно информировать медицинских работников о любых изменениях самочувствия Потребителя.

3.3.4. В случае несогласия с назначениями Лечащего врача либо отказа от получения медицинских услуг Потребитель обязан незамедлительно уведомить об этом руководителя Исполнителя в письменной форме.
3.3.5. Соблюдать график приема медицинских работников, оказывающих медицинские услуги Потребителю в рамках Договора, внутренний распорядок нахождения в медицинской организации Исполнителя, правила техники и пожарной безопасности.
3.3.6. Выполнять иные обязанности, предусмотренные нормами действующего законодательства и положениями Договора.

3.4. Заказчик имеет право:

3.4.2. Получать информацию:
- о состоянии здоровья Потребителя, о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения, с учетом необходимости соблюдения врачебной тайны;

- об используемых при лечении Потребителя лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению, а также сведения, позволяющие идентифицировать имплантированное в организм человека медицинское изделие.

3.4.3. Определять круг лиц, которым может быть передана информация о состоянии здоровья Потребителя.

3.4.4. Требовать соблюдения иных прав в сфере здравоохранительной деятельности, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

4. Стоимость услуг и порядок расчетов.

4.1. Стоимость услуг определяется в соответствии с действующим Прейскурантом цен Исполнителя и зависит от объема необходимой медицинской помощи. Стоимость и перечень оплачиваемых услуг отражаются в согласованном Сторонами Плане лечения.

4.2. При возникновении необходимости в изменении согласованного Сторонами Плана лечения, из-за непредвиденных ситуаций (общие и местные реакции организма на введение стоматологических материалов, новые обстоятельства, выявленные в процессе рентгенографии и др. видах диагностики и т.д.), Исполнитель обязан сообщить об этом Заказчику. Заказчик вправе отказаться от дальнейшего оказания услуг Потребителю и расторгнуть договор, возместив Исполнителю фактически понесенные расходы. Если Заказчик не возражает, лечение продолжается на новых условиях, с подписанием нового Плана лечения.

4.3. Стороны согласовали порядок 100% предоплаты. Оплата производится наличными или безналичным способом, в рублях, в день подписания Сторонами Договора и Плана лечения.

5. Ответственность Сторон

5.1. Исполнитель не несет ответственности в случае:

- осложнений, возникших из-за неявки Потребителя в установленный срок;

- недостижения запланированного клинического эффекта, если Заказчик и Потребитель были предупреждены о том, что такой эффект может быть достигнут только при полном прохождении курса лечения;

- осложнений, обусловленных индивидуальными особенностями организма Потребителя;

- если Потребитель в период действия Договора обратился за стоматологической помощью в другую медицинскую организацию.

5.2. Заказчик предупрежден:

- что сокрытие (утаивание) имеющихся у Потребителя хронических или инфекционных заболеваний освобождает Исполнителя от ответственности в случае осложнений, вызванных такими заболеваниями. Кроме того, Заказчик осознает, что с учетом технологии оказания медицинской услуги существует вероятность (но не обязательность) побочных эффектов и осложнений, способных причинить вред здоровью Потребителя;

5.4. Ни одна из Сторон не будет нести ответственности за полное или частичное неисполнение своих обязанностей, если неисполнение будет являться следствием обстоятельств непреодолимой силы, таких как пожар, наводнение, землетрясение, забастовки и другие стихийные бедствия, война и военные действия или другие обстоятельства, находящиеся вне контроля Сторон, препятствующие выполнению настоящего Договора, возникшие после заключения Договора.

6. Прочие условия.

6.1. Договор вступает в силу с момента его подписания и действует до полного исполнения Сторонами принятых на себя обязательств.
6.2. Действие Договора прекращается в следующих случаях: ликвидация Исполнителя; признание договора недействительным или незаключенным по решению суда; нарушение Потребителем условий Правил оказания медицинской помощи, режима или внутреннего распорядка; неоднократное нарушение Потребителем своих обязательств, если такое нарушение создает препятствия для оказания услуг Исполнителем на условиях Договора; письменное соглашение Сторон о расторжении договора; односторонний отказ от договора по инициативе любой из Сторон с возмещением понесенных расходов (убытков) в соответствии с действующим законодательством.
6.3. Договор и сопутствующие ему документы, в том числе медицинская документация, могут быть подписаны от имени Исполнителя с использованием факсимильного воспроизведения подписи исполнительного директора Смирновой Екатерины Вадимовны.

6.4. Все изменения и дополнения к Договору действительны только в случае, если они совершены в письменной форме и подписаны Сторонами.

7. Заключительные положения.

7.1. Споры и разногласия, возникающие из Договора или в связи с ним, решаются Сторонами путем переговоров. При недостижении согласия спор разрешается в установленном законом порядке.
7.2. Договор и приложения к нему составлены в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу. По одному экземпляру документа передается каждой из Сторон.

8. Реквизиты и подписи Сторон

Заказчик: ***ФИО*** *{Представитель.ФамилияИмяОтчество}* ***Паспорт: серия, номер*** *{Представитель.СерияНомерПаспорта}* ***Выдан*** *{Представитель.Выдан} {Представитель.ДатаВыдачи} г.* ***Зарегистрирован:*** *{Представитель.АдресРегистрации}* ***телефон:*** *{Представитель.МобТелефон}* ***Адрес электронной почты*** *{Представитель.Email}* _____/ ***{Представитель.ФамилияИмяОтчество} /***	***Исполнитель:*** **ООО «Сим Клиник»** 354003, Краснодарский край, г. Сочи, ул. Абрикосовая д. 2/6, помещение 8,9,10. ОГРН 1182375099972 ИНН 2366009305 КПП 236601001 р/с 40702810826170002270 в Филиале «Ростовский» АО «Альфа-Банк» к/с 30101810500000000207 БИК 046015207 Исполнительный директор _____ Е.В. Смирнова

Второй экземпляр договора получен

_____ /{Представитель.ФамилияИмяОтчество} /

СОГЛАСИЕ

на обработку персональных данных в отношении третьего лица

Я,{Представитель.ФамилияИмяОтчество}, зарегистрированный(ая) по адресу: {Представитель.АдресРегистрации}, проживающий(ая) по адресу: {Представитель.Адрес}, паспорт {Представитель.СерияНомерПаспорта}, выдан {Представитель.Выдан} {Представитель.ДатаВыдачи} г., представляющий интересы Потребителя:{ФамилияИмяОтчество} зарегистрированного по адресу: {АдресРегистрации}, проживающего по адресу: {Адрес}, паспорт {СерияНомерПаспорта},

выдан {Выдан} {ДатаВыдачи} г. в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», статьи 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» **я даю свое согласие ООО «СИМ КЛИНИК»**, (далее – Оператор), на обработку моих персональных данных, персональных данных представляемого мной лица, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, адрес электронной почты, контактные телефоны, реквизиты паспорта (документа, удостоверяющего личность), реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), реквизиты индивидуального налогового номера, реквизиты справки МСЭ, место работы, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью и другую информацию - в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг по договору, осуществление иных, связанных с этим мероприятий, а также в целях организации внутреннего учета Оператора, при условии сохранения врачебной тайны.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, передачу, обезличивание, блокирование, уничтожение.

Оператор вправе осуществлять следующие способы обработки персональных данных: на бумажных носителях, в информационных системах персональных данных с использованием и без использования средств автоматизации, а также смешанным способом.

В процессе оказания Оператором медицинских услуг представляемому мной лицу я предоставляю право Оператору передавать мои персональные данные, персональные данные представляемого мной лица, в том числе составляющие врачебную тайну, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту, в интересах обследования представляемого мной лица, лечения и учета следующим лицам:

- должностным лицам Оператора, а также лицам, обрабатывающим персональные данные с Оператором на основании заключенного с ним договора;

-страховым медицинским организациям (в рамках ОМС), контролирующим органам: ФОМС, ТФОМС, Пенсионный фонд РФ, ФНС, ФСС, Росстату, иным государственным органам.

Срок хранения моих персональных данных, персональных данных представляемого мной лица соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет двадцать пять лет.

Передача моих персональных данных, персональных данных представляемого мной лица иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего дополнительного письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной **{ТекущаяДатаПолная}** г. и действует 25 лет.

Подпись субъекта персональных данных _____ /{Представитель.ФамилияИмяОтчество} /

SiMCLINIC
стоматология

Настоящее информированное добровольное согласие разработано в соответствии с Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12 ноября 2021 г. № 1051н. Этот документ содержит необходимую для меня информацию с тем, чтобы я ознакомился (ознакомилась) с предлагаемым медицинским вмешательством и мог (могла) либо отказаться от него, либо дать свое согласие на проведение данного вмешательства.

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство:

ПРОВЕДЕНИЕ КОНСУЛЬТАЦИИ И ОСМОТРА

Я, {Представитель.ФамилияИмяОтчество}, паспорт: {Представитель.СерияНомерПаспорта}, выдан {Представитель.Выдан} {Представитель.ДатаВыдачи} г., адрес регистрации: {Представитель.АдресРегистрации}, телефон: {Представитель.МобТелефон}, именуемый(ая) в дальнейшем «**Заказчик**», действующий(ая) в интересах «**Потребителя»** (лица, не достигшего 18 лет, или недееспособного гражданина): {ФамилияИмяОтчество} дата рождения {ДатаРождения} г., паспорт: {Паспорт}, законным представителем, которого я являюсь, даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные 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 Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (далее - виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в Обществе с ограниченной ответственностью «Сим Клиник» (ОГРН 1182375099972).

Медицинским работником {ФамилияИмяОтчествоВрача}

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 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 (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

_____

_____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

_____

_____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

Я понимаю, что консультация проводится врачом в целях:

1) профилактики, сбора, анализа моих жалоб и данных анамнеза, оценки эффективности лечебно-диагностических мероприятий, медицинского наблюдения за состоянием моего здоровья;

2) принятия решения о необходимости проведения обследований, манипуляций, выбора методов лечения.

Мне разъяснено и понятно, что в ходе консультации врач может провести опрос, выявление жалоб, сбор анамнеза, осмотр, в том числе пальпацию, перкуссию, аускультацию, термометрию (измерение температуры тела), тонометрию (измерение давления), антропометрические исследования, обучение гигиене полости рта. Обучение гигиене полости рта проводится в целях профилактики стоматологических заболеваний с использованием щеток, специальных стоматологических ершиков, паст, скребков, ортодонтических контейнеров и иных медицинских изделий.

Я осознаю, что после завершения осмотра и консультации врач может прийти к выводу о необходимости проведения дополнительных исследований, консультаций других специалистов, которые будут выполнены за отдельную стоимость при условии получения моего согласия на их проведение в порядке, установленном Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я понимаю, что должен(-на) информировать врача обо всех случаях возникновения аллергии, перенесенных ранее заболеваниях, как острых так и хронических (в том числе о хирургических операциях, наличии сахарного диабета, онкологических заболеваний, перенесенной коронавирусной инфекции), травмах, а также о принимаемых лекарственных средствах и биоактивных добавках, непереносимости лекарственных препаратов и ее проявлениях, сообщать правдивые сведения о наследственности, а также употреблении алкоголя, наркотических и токсических средствах, курении, высказывать все жалобы. Несообщение врачу сведений о состоянии моего здоровья, несоблюдение рекомендаций врача (в том числе о характере питания, физических нагрузках, других ограничениях) могут отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья (здоровья пациента, законным представителем которого я являюсь).

У меня было достаточно времени, чтобы обдумать решение о предстоящем медицинском вмешательстве.

Я принимаю решение приступить к вмешательству на вышеизложенных условиях.

Я согласен(на), что все посещения врача для проведения указанного в настоящем согласии медицинского вмешательства, регулируются настоящим документом, начиная с момента его подписания мной, и получение от меня дополнительного согласия при каждом посещении врача для проведения консультации и осмотра не требуется.

_____ {Представитель.ФамилияИмяОтчество}, {МобТелефон}

(подпись)

_____ {ФамилияИмяОтчествоВрача}

(подпись)

{ТекущаяДатаПолная} г.

(дата оформления)