

**Общество с ограниченной ответственностью «ДВ-Химки» (ООО «ДВ-Химки»)**, расположенное по адресу: 141407, Московская область, г. Химки, Юбилейный пр-кт, д.4, стр.1 (ОГРН 1175029014093, запись в государственный реестр юридических лиц внесена 19.05.2017г., зарегистрированного межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы №13 по Московской области, ИНН 5047198517, Лицензия на осуществление медицинской деятельности по адресу нахождения клиники (141407, Московская область, г. Химки, Юбилейный пр-кт, д.4, стр.1) №ЛО-50-01-008930 от 22 августа 2017г., выдана Министерством здравоохранения Московской области (адрес:143407, Московская область, г. Красногорск-7, ул. Бульвар Строителей д.1, тел.: +7 (498) 602-03-01), именуемое в дальнейшем **«Клиника»**, в лице **Генерального директора Мухамед Маруана Наимовича** действующего на основании Устава с одной стороны, и \_\_\_\_\_ (ФИО, датарождения)

\_\_\_\_\_, именуемый(-ая) в дальнейшем **«Пациент»** с другой стороны, вместе именуемые **«Стороны»** заключили настоящий Договор о нижеследующем:

### 1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Клиника обязуется предоставлять Пациенту по его желанию платные медицинские услуги и платные услуги медицинского освидетельствования (далее «Услуги») согласно действующему Прейскуранту цен, в соответствии с планом обследования и лечения; и лицензией на осуществление медицинской деятельности (размещенной, в том числе, на информационных стендах Клиники и на сайте m23clinic.ru). Пациент обязуется оплатить платные медицинские, а также дополнительные сопутствующие услуги, неотделимые и неразрывно связанные с получением медицинской помощи (далее – Услуги), согласованные Сторонами и указанные в перечне услуг (далее – Предварительный план лечения), являющимся неотъемлемой частью настоящего Договора (**Приложение №1**).

1.2. Сроки оказания медицинских услуг, предусмотренных пунктом 1.1 настоящего Договора, согласовываются Сторонами при составлении предварительного плана лечения.

1.3. Место оказания Услуг – фактическое местонахождение Клиники, а также в случае необходимости в соответствии с Лицензией на осуществление медицинской деятельности – по месту нахождения его обособленных подразделений.

1.4. Оказание медицинских услуг осуществляется в порядке предварительной записи, через регистратуру Клиники, посредством телефонной связи по телефону (495)120-03-23.

### 2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

#### 2.1. Права и обязанности Клиники:

2.1.1. Клиника обязуется оказывать Услуги, предусмотренные п.1.1. настоящего Договора, надлежащего качества в соответствии с законодательством Российской Федерации и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, в том числе с положениями и порядками оказания медицинской помощи, утвержденными Министерством Здравоохранения РФ.

2.1.2. Клиника обязуется осуществить в оговоренное время консультацию и осмотр Пациента для установления предварительного диагноза и объема необходимого лечения. Результаты осмотра и выводы, план лечения, развитие возможных осложнений отразить в медицинской документации.

2.1.3. Клиника обязуется до начала лечения определить и информировать Пациента о необходимых видах и объеме оказываемых услуг (план лечения). Пациент выражает просьбу и согласен с тем, что медицинские работники Клиники, при наличии медицинских показаний, по согласованию с Пациентом вправе оказывать объем услуг, превышающий вышеуказанные стандарты.

2.1.4. Клиника обязуется после исполнения Договора (после полной оплаты Пациентом Услуг) выдать Пациенту медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях.

2.1.5. Клиника имеет право по своему усмотрению привлекать соисполнителей – другие медицинские организации, имеющие лицензию на осуществление медицинской деятельности. Самостоятельно определять объем и характер диагностических и инструментальных и других видов исследований, методов хирургического и консервативного лечения. Самостоятельно определять объем исследований и медицинской помощи, необходимых для оказания неотложной помощи, в том числе услуг, не предусмотренных настоящим Договором, в случае возникновения неотложных состояний не по вине специалистов Клиники.

2.1.6. Клиника имеет право отказать Пациенту в получении услуг, и выписать/направить Пациента, для продолжения лечения в амбулаторных и/или в стационарных условиях в других медицинских организациях, в том числе по месту жительства, в случаях:

- несвоевременной оплаты по настоящему Договору и наличия задолженности по ранее оказанным услугам;
- отсутствия технических и/или организационных возможностей для оказания конкретных Услуг;
- нарушения Пациентом Правил поведения пациентов, медицинских предписаний и лечебно-охранительного режима Клиники с доведением информации об инциденте до сведения Пациента;
- в случае отказа Пациента от подписания Информационного согласия;
- в случае опоздания или неявки Пациента;
- в случае нахождения Пациента в состоянии алкогольного, токсического, наркотического опьянения, а также при наличии и выявлении противопоказаний к проведению лечения.

2.1.7. Клиника имеет право получать от Пациента всю информацию, необходимую для выполнения своих обязательств по настоящему Договору.

2.1.8. Клиника имеет право своевременно и в полном объеме получать плату за оказанные медицинские услуги в порядке и на условиях настоящего Договора.

2.1.9. Клиника имеет право информировать органы внутренних дел в порядке, установленном уполномоченными федеральными органами исполнительной власти Российской Федерации, об обращении Пациентов, в отношении которых имеются достаточные основания полагать, что вред их здоровью причинен в результате противоправных действий.

2.1.10. Клиника имеет право заменить, с письменного согласия Пациента, лечащего врача при наступлении объективной невозможности проводить лечение данным специалистом.

2.1.11. Клиника имеет право в одностороннем порядке пересматривать цены на медицинские услуги, оказываемые в рамках настоящего Договора и вводить дополнительные услуги по согласованию с пациентом.

2.1.12. Клиника имеет право вести видеосъемку на территории и в помещении Клиники в целях обеспечения безопасности; использовать фото-, видео-, аудиозаписи, снятые на территории Клиники с участием Пациентов Клиники любым способом, не противоречащим закону.

## **2.2. Права и обязанности Пациента:**

2.2.1. Пациент обязуется предоставить исчерпывающую известную ему информацию о состоянии своего здоровья и наличии возможных противопоказаний к проведению тех или иных видов медицинских вмешательств, применению лекарственных препаратов; соблюдать лечебно-охранительный режим; выполнять врачебные назначения и рекомендации, необходимые для достижения целей медицинского вмешательства и сохранения достигнутых результатов; соблюдать Правила поведения пациентов и внутреннего распорядка, общепринятые нормы общественного поведения; прибыть на прием в установленное время, в случае невозможности посещения специалиста заблаговременно предупредить Клинику; немедленно информировать лечащего врача об ухудшении своего самочувствия.

2.2.2. Пациент обязуется оплачивать услуги Клиники в порядке, сроки и на условиях, которые установлены настоящим Договором.

2.2.3. Пациент имеет право в доступной для него форме получить имеющуюся информацию о своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья, включая сведения: о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

2.2.4. Пациент имеет право отказаться от получения Услуги в любое время при условии оплаты Клинике фактически понесенных им расходов.

2.2.5. Пациент, вправе предъявлять требования о возмещении убытков, причиненных неисполнением условий настоящего Договора, либо о возврате денежных средств за неоказанные Услуги или предоставление Услуг ненадлежащего качества. По соглашению Сторон возмещение убытков может быть произведено: за счет возврата денежных средств или уменьшения стоимости предоставленной Услуги, предоставления Пациенту дополнительных Услуг или Услуг надлежащего качества без оплаты.

2.2.6. Пациент обязан полностью возместить Клинике понесенные убытки, если Услуги не были оказаны или их оказание было прервано по вине Пациента.

## **3. УСЛОВИЯ, ПОРЯДОК И СРОК ОКАЗАНИЯ УСЛУГ**

3.1. Основанием для оказания Услуг является письменное информированное добровольное согласие (далее – ИДС) **(Приложение №2)** Пациента на получение платных медицинских услуг, являющееся неотъемлемой частью настоящего Договора, а так же иные формы выражения и виды информированного добровольного согласия.

3.1.1. Подписание настоящего Договора, свидетельствует о том, что Пациент ознакомлен: с свидетельством о государственной регистрации, лицензией на осуществление медицинской деятельности, Прейскурантом цен, сведениями о квалификации и сертификации медицинских работников Клиники, режимом работы подразделений Клиники, Правилами предоставления платных медицинских услуг населению, Правилами поведения пациентов, правами и обязанностями Пациента, так же с содержанием ст. 41 Конституции Российской Федерации; статей 18, 19, 20, 21, 22, 23, 27, 84 Федерального закона Российской Федерации «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» N323-ФЗ от 21 ноября 2011г., проинформирован о возможности получения медицинской помощи по Программе государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи, Постановлением правительства от 04 октября 2013г. №1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», и **отказывается \_\_\_\_\_ от бесплатного получения медицинской помощи в**

(подпись Пациента)

**соответствии с Программой государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи на условиях и в порядке, установленном законодательством Российской Федерации**, в полном объеме стандарта медицинской помощи, либо от отдельных консультаций или медицинских вмешательств, по заболеванию и/или иному основанию/причине, послужившей поводом для самостоятельного обращения в Клинику (по желанию, в плановом порядке).

3.2. Объем **(план лечения)** и стоимость услуг определяются специалистом Клиники индивидуально с учётом стандартов медицинской помощи, схем ведения пациентов, клинических рекомендаций; в зависимости: от сложности медицинского вмешательства, затрат на медикаменты и расходное и медицинское имущество, квалификации специалиста, тяжести состояния и возраста Пациента, а также необходимости в постороннем уходе.

3.3. В случае изменения объема предварительно рассчитанных Услуг по медицинским показаниям или по желанию Пациента, Пациент осуществляет оплату фактически оказанного объема Услуг.

3.3.3. Выдача Пациенту результатов выполненных исследований и выписок из медицинских документов (их копий) осуществляется после полной оплаты Пациентом Услуг: на бумажных носителях однократно в одном экземпляре за законченный случай лечения (посещения, обращения) без дополнительной платы.

3.4. В случае, когда в процессе лечения состояние Пациента не позволяет ему выразить свою волю, а дополнительное медицинское вмешательство необходимо, вопрос о его проведении в интересах Пациента решается на основаниях и в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

## **4. ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ**

4.1. Оплата услуг по настоящему Договору осуществляется Пациентом в рублях Российской Федерации путем внесения наличных денежных средств в кассу, либо безналичным расчетом - через карт-терминал в день оказания на основании Реестров услуг, являющихся неотъемлемой частью настоящего Договора.

4.2. Стоимость услуг по настоящему договору определяется в соответствие с Прейскурантом цен Клиники, действующим на момент оказания услуги. Ознакомиться с Прейскурантом цен можно на сайте Клиники m23clinic.ru или в регистратуре Клиники.

4.3. Факт исполнения настоящего договора оформляется Актом оказанных медицинских услуг, подписанным обеими сторонами, являющимся неотъемлемой частью настоящего договора **(Приложение №3)**.

4.3.1. Акт оказанных медицинских услуг свидетельствует о том, что указанные в нем Услуги были оказаны в полном объеме, а указанные даты подтверждают соблюдение сроков их выполнения, предусмотренных настоящим Договором. В

случае не подписания Акта оказанных медицинских услуг и отсутствия претензий со стороны Пациента по качеству и объему оказанных услуг в течение 10 календарных дней с даты оказания услуги Пациенту, услуги считать оказанными надлежащим образом и приняты Заказчиком в полном объеме.

4.3.2. Пациент, имеющий возражения по качеству полученных Услуг, обязуется сообщить о них не позднее трёх рабочих дней после получения Услуг. При отсутствии своевременно направленных возражений по их объему и качеству, Услуги считаются выполненными надлежащим образом, в полном объеме и согласованные сроки.

## **5. ГАРАНТИЙНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ НА СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЕ УСЛУГИ**

**Гарантия на все виды стоматологических услуг составляет 1 год.**

**\* Гарантия сохраняется при соблюдении следующих условий:**

- Осмотр медицинским работником Клиники в обязательном порядке - бесплатно через 3 (три) месяца после окончания работы;
- Профессиональная гигиена полости рта и зубов в обязательном порядке - с 50% скидкой от стоимости, указанной в Прейскуранте цен, на момент оказания услуги, через 6 (шесть) месяцев после окончания терапевтического лечения;
- Контрольный осмотр работником Клиники в обязательном порядке - бесплатно через 9 (девять) месяцев после окончания работы и снимок ОПТГ со скидкой 50% от стоимости, указанной в Прейскуранте цен, на момент оказания услуги.

5.1. Гарантийное положение не распространяется в случаях:

- Не соблюдения гигиены полости рта Пациентом;
- Не явках на назначенные профилактические осмотры (не реже одного раза в 3 месяца) Пациентом;
- Нецелостности зубного ряда (отсутствие «соседних» зубов);
- При наличии вредных привычек (курение, скрежетание зубами, кусание и раскалывание орехов зубами);
- Не соблюдении правил пользования результатом оказанной услуги, в том числе ортопедической, ортодонтической конструкцией и т.п. (**Приложение №4**);
- Возникновения аллергии или непереносимости препаратов и стоматологических материалов, разрешенных к применению, не отмечавшихся ранее;

5.2. Гарантийный срок устанавливается только на услуги, имеющие о вещественный результат (к ним не относится профессиональная гигиена, отбеливание, хирургические манипуляции и т.п.).

5.3. Клиника обязуется бесплатно устранить дефекты изготовления и материалов в период гарантийного срока при соблюдении следующих условий:

- Пациент ознакомлен с настоящими условиями и принимает их.
- Пациент выполняет все обязательства по Гарантийному положению.
- Гарантийный срок исчисляется с момента окончания лечения каждого зуба или сдачи зубных протезов Пациенту.
- Для реализации права на гарантию Пациент обязан пройти осмотр у медицинского работника, назначенного Клиникой.
- При осуществлении ортопедического и ортодонтического лечения - предоставить изготовленные Клиникой конструкции.

## **6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**

6.1. За невыполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего

Договора, несоблюдение требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни Пациента Клиника несет ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

6.2. Клиника не несёт ответственности за снижение качества предоставляемых медицинских услуг или невозможность их оказания в срок, отсутствие результата (несоответствие ожидаемого результата достигнутому), неблагоприятного исхода проводимого лечения, возникновение осложнений, по причинам и обстоятельствам, не зависящим от Клиники: позднее обращение, несоблюдение режима труда и отдыха и рекомендаций врача, в т.ч. по медикаментозному лечению, диете; при употреблении спиртных напитков, при отказе от медицинского вмешательства; индивидуальных физиологических особенностей организма; тяжести основного и сопутствующих заболеваний и ожидаемого прогностически неблагоприятного течения заболевания; появления ранее неизвестных (скрытых) обстоятельств, информация о которых могла повлиять на выбор тактики лечения и прогноз; несовершенства медицины и отсутствия стопроцентных гарантий достижения результата у применяемых на современном уровне здравоохранения методик и технологий, а так же при возможных неблагоприятных для Пациента последствий выполнения его указаний о способе исполнения работ (выбор методик, времени и места получения услуг), непригодности и недоброкачественности предоставляемых Пациентом предметов медицинского назначения при оказании Услуг с применением материалов Пациента.

6.3. 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, а также по иным основаниям, предусмотренным законом.

6.4. Пациент несет ответственность за достоверность предоставляемой информации, четкое выполнение рекомендаций врача, своевременную и полную оплату медицинских услуг.

## **7. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ**

7.1. Клиника обязуется хранить в тайне информацию о факте обращения Пациента за медицинской помощью, состоянии его здоровья, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении (врачебная тайна).

7.2. С согласия Пациента допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну другим лицам, в том числе должностным лицам, в интересах обследования и лечения Пациента.

7.3. Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия Пациента допускается в целях обследования и лечения Пациента, не способного из-за своего состояния выразить свою волю, по запросу следственных органов и прокуратуры, а также в иных случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

#### **8. РАССМОТРЕНИЕ СПОРОВ**

8.1. Все споры, вытекающие из настоящего Договора, разрешаются Сторонами в соответствии с законодательством Российской Федерации.

#### **9. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

9.1. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

9.2. Настоящий Договор может быть расторгнут по соглашению Сторон, а также в иных случаях, предусмотренных действующим законодательством.

9.3. Все изменения и дополнения к настоящему Договору, а также его расторжение считаются действительными при условии, если они совершены в письменной форме.

9.4. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами и действует до полного исполнения ими принятых на себя обязательств.

9.5. Стороны допускают факсимильное воспроизведение подписей («факсимиле») уполномоченных лиц с помощью средств механического или иного копирования, электронно-цифровой подписи, либо иного аналога собственноручной подписи на документах, являющихся обязательными и необходимыми. При этом факсимильная подпись будет иметь такую же силу, как и подлинная подпись уполномоченного лица.

9.4. Неотъемлемые части договора: Предварительный план лечения (Приложение №1) , ИДС (Приложение №2), Акт оказанных медицинских услуг (Приложение № 3), Письменное уведомление (Приложение №4), Перечень работ, согласно лицензии на осуществление медицинской деятельности (Приложение №5).

#### **10. РЕКВИЗИТЫ СТОРОН**

Клиника: \_\_\_\_\_

(наименование и фирменное наименование, если имеется)

Адрес места нахождения: \_\_\_\_\_.

ОГРН: \_\_\_\_\_

ИНН: \_\_\_\_\_

Должность и Ф.И.О. лица, подписывающего договор: \_\_\_\_\_.

Подпись: \_\_\_\_\_.

Пациент: \_\_\_\_\_

(Ф. И. О.)

Адрес места жительства: \_\_\_\_\_.

Иные адреса (при наличии): \_\_\_\_\_

Документ, удостоверяющий личность: \_\_\_\_\_

Телефон: \_\_\_\_\_.

Подпись: \_\_\_\_\_.

**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство**Я, **ФИО пациента**

(Фамилия, Имя, Отчество Пациента)

настоящим 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. N 390н (далее - Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи в Обществе с ограниченной ответственностью «ДВ-Химки».

Медицинским работником \_\_\_\_\_

(должность, ФИО медицинского работника)

в доступной для меня форме разъяснено о состоянии моего здоровья, 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.

Я подтверждаю, что имел возможность задавать медицинскому работнику Клиники любые вопросы и на все вопросы получил исчерпывающие ответы, поставил в известность медицинского работника Клиники, осуществляющего медицинское вмешательство, обо всех проблемах, связанных с моим здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости йода, спирта.

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. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я понимаю, что после начала проведения вмешательства требование о ее прекращении не может быть выполнено в связи с тем, что медицинское вмешательство уже было произведено. Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. гражданина, контактный номер телефона)

Содержание данного документа мною прочитано, оно мне понятно, дополнительно разъяснено медицинским работником, что я удостоверяю своей подписью \_\_\_\_\_ (Ф.И.О. Пациента)

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. медицинского работника)

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**Информированное добровольное согласие на обработку персональных данных**Я, **ФИО пациента**

(Фамилия, Имя, Отчество Пациента)

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ “О персональных данных”, даю согласие на обработку ООО «ДВ-Химки», (далее — Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактный(е) телефон(ы), реквизиты полиса ОМС, страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью — в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе самостоятельно обрабатывать либо передавать на обработку уполномоченным на то должностным лицам, заключившим соглашение о неразглашении персональных данных, мои персональные данные посредством внесения их в информационные системы Клиники.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты). Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение, кроме случаев, прямо предусмотренных настоящим согласием, может осуществляться только с моего письменного разрешения.

Настоящее согласие дано мной « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Субъект персональных данных

**подпись**

(Ф.И.О. Пациента)

« \_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**ПИСЬМЕННОЕ УВЕДОМЛЕНИЕ**

Настоящим уведомлением ООО «ДВ-Химки» уведомляет потенциального потребителя платных медицинских услуг о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинских работников ООО «ДВ-Химки», в том числе назначенного режима лечения, несоблюдение назначений и рекомендаций врача, режима приема лекарственных препаратов, неявка в назначенное время на этапы лечения и последующие профилактические осмотры, бесконтрольное самолечение могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность завершения ее в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

(подпись)

*(Ф.И.О. пациента)*

Перечень работ (услуг), согласно лицензии, на осуществление медицинской деятельности 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: рентгенологии, сестринскому делу, стоматологии, стоматологии профилактической; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, ортодонтии, стоматологии детской, стоматологии общей практики, стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической, стоматологии хирургической. При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуется и выполняются следующие работы (услуги): при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе временной нетрудоспособности.

Подпись пациента

Дата