

Закключая настоящий договор, Пациент (Заказчик) проинформирован о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную 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. (п. 15 Постановления правительства РФ от 4 октября 2012 г. №1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг»).

✓ _____ / _____

Договор _____ на оказание платных медицинских услуг

Город _____ «___» _____ 2022 г.

Общество с ограниченной ответственностью «НИКА СПРИНГ НН», далее именуемое «Исполнитель», в лице администратора **ФИО администратора**, действующей на основании доверенности от «03» января 2022 г., и

(ФИО пациента) _____, далее именуемый(ая) «Пациент», с другой стороны, совместно именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор (далее- «Договор») о нижеследующем

1. Предмет Договора

1.1. Исполнитель на основании действующей лицензии на осуществление медицинской деятельности № Л041-01164-52/00350757 от 14.02.2019г. обязуется оказывать Пациенту медицинские услуги по перечню и ценам, отраженным в Прейскуранте, действующем на момент оказания услуг. Конкретное наименование (вид заказанной Пациентом услуги), ее стоимость, сроки оказания указывается в оформляемой Исполнителем Смете/Акте выполненных работ, которая после ее проверки и подписания Пациентом становится неотъемлемой частью настоящего Договора (в качестве сметы может быть использован бланк направления (прейскурант) установленной Исполнителем формы).

1.2. Пациентом может являться Заказчик или иное лицо собственноручно указанное Заказчиком в данном пункте договора: _____ Ф.И.О., адрес, контактный телефон);

1.3. Процесс предоставления медицинских услуг осуществляется медицинским персоналом и специалистами Исполнителя, в соответствии с действующими стандартами оказания медицинской помощи на территории РФ.

1.4. В соответствии с ст.20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», до получения услуг, требующих медицинского вмешательства (в том числе пункции, биопсии, инъекции и др.) Пациент или его законный представитель, на основании полученной в доступной форме полной информации, в том числе размещенной в лабораторном отделении Исполнителя, о целях, методах оказания медицинской помощи, возможных вариантах медицинского вмешательства, связанном с ними риске, его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи, **дает свое информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство**, либо отказывается от предоставления услуг.

1.5. Результат оказания медицинских услуг оформляется результатом лабораторного исследования.

1.6. Исполнитель оказывает услуги по настоящему Договору по адресу: **АДРЕС МО**

2. Права и обязанности Пациента

2.1. Пациент имеет право:

2.1.1. Самостоятельно на основании действующего прейскуранта, определять перечень необходимых медицинских услуг, связанных с проведением исследований биологического материала. Пациент понимает, что Исполнитель не несет никакой ответственности за цель дальнейшего использования конкретного результата исследований и целесообразность проведения исследований независимо от того, проводились ли исследования по назначению сторонних врачей или по инициативе Пациента.

2.1.2. Ознакомиться со следующей информацией и документами: свидетельством о государственной регистрации; лицензией на осуществление медицинской деятельности; режимов работы Исполнителя; прейскурантом и иными документами в соответствии с требованиями Закона РФ от 07.02.1992 №2300-1 «О защите прав потребителей» и «Основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ.

2.1.3. Получить по требованию Пациента копию медицинской документации и документации, необходимой для получения налогового вычета в соответствии с частью 3 пункта 1 статьи 219 Налогового кодекса РФ.

2.2. Пациент обязан:

2.2.1. Выполнять требования, обеспечивающие качественное предоставление платных медицинских услуг, включая сообщение необходимых для этого сведений о перенесенных и имеющихся заболеваниях, операциях, травмах, о проведенных ранее обследованиях и лечении, об аллергических реакциях, которые могут сказаться на качестве оказываемых Исполнителем услуг.

2.2.2. Соблюдать все назначения и рекомендации медицинского персонала Исполнителя по подготовке к лабораторно-диагностическим исследованиям. С Правилами подготовки к сдаче биоматериала на медицинские исследования можно ознакомиться на сайте: lab.nikann.ru.

2.2.3. Оплатить Исполнителю стоимость заказанных медицинских услуг в порядке, предусмотренном настоящим Договором.

2.2.4. Немедленно извещать Исполнителя обо всех осложнениях, возникающих во время и после оказания платных медицинских услуг.

2.2.5. Принимать необходимые меры к сохранению конфиденциальной информации, в том числе, но не ограничиваясь: ФИО, номера телефона, номера заказа, адреса электронной почты, даты рождения и сведений составляющих врачебную тайну, в том числе, но не ограничиваясь: факт обращения за медицинской услугой, результатов исследований, а также к обеспечению хранения Договора, сметы к Договору, кассового чека и недопущения несанкционированного доступа третьих лиц к такой информации.

2.3. Подписывая настоящий договор, Пациент соглашается с получением краткой информации рекламного характера об услугах ООО "НИКА СПРИНГ НН" путем СМС, Viber-рассылки, рассылки по электронной почте или почтовой рассылки в соответствии с указанными Заказчиком реквизитами

2.4. Пациент информирован о программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и выражает добровольное согласие на проведение медицинских услуг по оказанию медицинской помощи за плату

✓ _____ / _____ / _____.

3. Права и обязанности Исполнителя

3.1. Исполнитель имеет право:

3.1.1. По своему усмотрению изменять прейскурант услуг. Прейскурант является официальным документом Исполнителя, содержит полный перечень услуг, оказание которых возможно в рамках настоящего Договора.

3.1.2. Привлекать третьих лиц к исполнению своих обязательств по данному Договору.

3.1.3. Использовать по своему усмотрению любые разрешенные на территории РФ методы и средства, позволяющие выполнить необходимые исследования, при этом количество и формулировка результатов исследований может не совпадать с наименованием соответствующих исследований в других источниках (прейскурант, интернет-сайт и др.) в связи со спецификой или технологией их исполнения.

3.1.4. В связи с особенностями транспортировки биологического материала и/или при необходимости проведения дополнительного исследования биологического материала (включая срочные исследования) срок выдачи результата может быть увеличен.

3.1.5. Использовать полученные результаты исследований Пациента для контроля (валидации), а также для статистических и научных исследований.

3.2. Исполнитель обязан:

3.2.1. Предоставить Пациенту информацию о предоставляемой услуге и стоимости оказания медицинских услуг путем ознакомления с действующим прейскурантом.

3.2.2. Оказать Пациенту квалифицированную и качественную медицинскую услугу.

3.2.3. При невозможности выполнения своих обязательств по срокам предоставления результата исследований в случае наличия технической возможности уведомить Пациента по контактным данным (телефон, электронный адрес) за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством, когда предоставление результатов исследований возможно только при предоставлении документа, удостоверяющего личность самого Пациента или законного представителя Пациента и по выбору Пациента перенести выполнение исследований на более поздний срок, либо возратить Пациенту сумму, уплаченную за услуги, оказание которых в срок не представилось возможным без каких-либо штрафных санкций.

3.2.4. В случае выявления обстоятельств, не позволяющих провести исследования, в том числе, связанных с возможным нарушением Пациентом правил подготовки к сдаче анализов, уведомить Пациента о необходимости проведения их повторного взятия. В случае отказа Пациента от повторного взятия биоматериала уплаченные за такое исследование денежные средства подлежат возврату Пациенту в полном объеме.

3.2.5. Пациент уведомлен и согласен, что в случае, если в процессе исследования будет выявлено, что биологический материал, предоставленный Пациентом не соответствует требованиям, предъявляемым к образцам (не соблюдены условия подготовки, сбора, хранения, транспортировки образцов; биологический материал загрязнен или полностью отсутствует, или его количества недостаточно), услуга будет считаться оказанной, при этом повторное проведение исследования либо анализ новых (дополнительных) образцов биологического материала производится за счет Пациента.

3.2.6. Хранить врачебную тайну Пациента и не разглашать без согласия Пациента сведения о факте обращения Пациента, сведений, полученных при его обследовании, за исключением случаев, когда в соответствии с законодательством Российской Федерации допускается предоставление сведений, составляющих врачебную тайну без согласия гражданина.

4. Условия оплаты и порядок расчетов

4.1. Стоимость предоставляемых услуг определяется прейскурантом Исполнителя, действующим на момент оказания услуг.

4.2. Пациент оплачивает стоимость услуг в соответствии со сметой путем 100% предоплаты наличными в кассу Исполнителя или по безналичному расчету.

5. Ответственность сторон.

5.1. Пациент осознает, что взятие крови является проникающей манипуляцией, вследствие которой, в силу особенностей организма конкретного человека, взятие крови может быть невозможно изначально или после некоторых неудачных попыток, а также иметь различные последствия в виде гематом и т. п. В случае невозможности взятия крови Исполнитель возвращает Пациенту денежные средства, уплаченные за исследования, без каких-либо штрафных санкций.

5.2. Пациент осведомлен о том, что в ряде случаев для выполнения всех или части заказных исследований может возникнуть необходимость повторного (иногда неоднократного) взятия крови. Решение о необходимости повторного взятия крови принимается Исполнителем. Пациент может отказаться от повторного взятия крови, в этом случае Исполнитель возвращает Пациенту деньги, уплаченные за исследования, проведения которых стало невозможным, без каких-либо штрафных санкций.

5.3. Исполнитель не несет ответственности за результаты оказания медицинских услуг в случаях несоблюдения Пациентом рекомендаций по лечению и совершения им иных действий, направленных на ухудшение своего здоровья, а также в случаях медицинского вмешательства третьих лиц, после оказания услуг Исполнителем.

5.4. Исполнитель не несет ответственности, если до оказания медицинской услуги Пациент не исполнил обязанность по информированию медицинского персонала Исполнителя об аллергических реакциях, противопоказаниях, перенесенных заболеваниях, если неэффективность оказанной медицинской услуги или причиненный вред явились следствием отсутствия у медицинского персонала Исполнителя такой информации.

5.5. Исполнитель не несет ответственности при возникновении осложнений, о возможности которых Пациент был предупрежден до оказания медицинской услуги.

6. Выдача результатов лабораторных исследований.

6.1. Результаты исследований предоставляются в распечатанном виде в любом лабораторном отделении Исполнителя при предъявлении документа, удостоверяющего личность самого Пациента, так же Пациент имеет возможность ознакомиться с результатами исследований:

- через личный кабинет на сайте lab.nikann.ru

- по телефону _____ (указать номер) _____ (кодовое слово)

- E-mail _____ (указать адрес электронной почты)

- лично мне _____ моему представителю _____

(прописью ФИО представителя, контактная информация)

6.2. Результаты исследований могут быть направлены на указанную Пациентом электронную почту и/или получены пациентом по телефону (при наличии кодового слова), при этом все риски и последствия, связанные с неполучением, с несвоевременным получением или возможным несанкционированным доступом третьих лиц к конфиденциальной информации, при таких способах передачи, отличных от получения результатов лично, на руки, несет Пациент.

6.3. В случае несогласия с результатами исследований Пациент по своей инициативе может оформить письменную претензию. Претензии по результатам исследований принимаются в лабораторных отделениях, по почте, телефонному номеру 8(831)26-00-226, посредством интернет-сайта, по e-mail: nikaspring.online@gmail.com, seo.nikaspring@gmail.com в течении 14 календарных дней с момента обращения Пациента за медицинской услугой или передачи результата Пациенту. В противном случае при нарушении указанного срока Исполнитель имеет право в рассмотрении претензии отказать. Если в претензии не указана контактная информация, идентифицирующая пациента, претензия рассмотрению не подлежит. Срок рассмотрения претензии составляет 10 календарных дней с момента регистрации претензии.

7. Порядок изменения и расторжения договора

7.1. Изменение и расторжение Договора возможны по соглашению сторон в соответствии с п.1 ст.450 ГК РФ.

7.2. В случае расторжения Договора по инициативе Пациента оплата за медицинские услуги и/или исследования, которые уже были выполнены, возврату не подлежит.

8. Прочие условия

8.1. Пациент заверяет и гарантирует, что в установленном законом порядке обладает всеми необходимыми правами и полномочиями по заключению настоящего Договора, в том числе в отношении указанных в Договоре несовершеннолетних/недееспособных лиц (где применимо), а так же дачи в отношении указанных лиц согласия на медицинское вмешательство, а в случае нарушения указанных заверений и гарантий самостоятельно понесет риск всех связанных с эти негативных последствий.

8.2. Пациент ознакомлен с Правилами предоставления медицинских услуг в ООО «НИКА СПРИНГ НН», размещенными на сайте: lab.nikann.ru, а также на стойке рецепции Исполнителя.

8.3. Настоящий договор составляется в 2-х экземплярах, один из которых находится у Исполнителя,

второй - у Пациента.

Медицинский офис:

ООО «НИКА СПРИНГ НН»

Адрес: 603006, Нижний Новгород, пер. Могилевича,

д.7, пом.1

ОГРН 1135260014306

ИНН 5260368469 КПП 526001001

Р/с 40702810629080001453

ФИЛИАЛ «НИЖЕГОРОДСКИЙ»

АО «АЛЬФА-БАНК» БИК 042202824

К/с 30101810200000000824

Администратор **ФИО администратора**, действующий на

основании доверенности от «03» января 2022 г.

_____ **ФИО администратора**

м.п.

Заказчик:

Ф.И.О. _____

Место регистрации: _____

тел.: _____

✓ _____ / _____ /

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

ГОРОД

«___» _____ 2022 г.

В соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона "О персональных данных" от 27.07.2006 N 152-ФЗ, и статей 93, 94 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.11N 323-ФЗ,

я (ФИО полностью) _____,

паспорт: серия _____ № _____, выдан _____

«___» _____ года,.

подтверждаю свое согласие на обработку ООО «НИКА СПРИНГ НН» (далее - Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты паспорта (документа удостоверения личности), реквизиты полиса добровольного медицинского страхования (ДМС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью - в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну. В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими порядок ведения и состав данных в учетно-отчетной медицинской документации, а также договором на оказание медицинской помощи по программе ДМС между Оператором и страховой медицинской компанией.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по указанному выше договору на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховой медицинской компанией с использованием машинных носителей информации, по каналам связи и (или) в виде бумажных документов, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, без специального уведомления меня об этом, при условии, что их прием и обработка осуществляются лицом, обязанным сохранять профессиональную (служебную) тайну.

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

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной в день подписания настоящего Договора 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:

а) прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи;

б) по истечении указанного выше срока хранения моих персональных данных (двадцать пять лет) уничтожить (стереть) все мои персональные данные из баз данных автоматизированной информационной системы Оператора, включая все копии на машинных носителях информации, без уведомления меня об этом.

Оператор:

ООО «НИКА СПРИНГ НН»

Адрес: 603006, Нижний Новгород, пер. Могилевича,

д.7, пом.1

ОГРН 1135260014306

ИНН 5260368469 КПП 526001001

Р/с 40702810629080001453

ФИЛИАЛ «НИЖЕГОРОДСКИЙ»

АО «АЛЬФА-БАНК» БИК 042202824

К/с 30101810200000000824

Администратор **ФИО Администратора**, действующий на

основании доверенности от «03» января 2020г.

_____ **ФИО Администратора**

м.п.

Заказчик:

Ф.И.О. _____

Место регистрации: _____

тел. * _____

✓ _____ / _____ /

1. Общие положения

1.1. ООО «НИКА СПРИНГ НН» (далее - «Медицинский Центр») предлагает Заказчику (далее – клиент, пользователь) использовать возможность ознакомления с результатами медицинских обследований через свои сервисы на условиях, изложенных в настоящем Пользовательском соглашении (далее — «Соглашение»), посредством использования клиентом сети Интернет. Соглашение вступает в силу с момента выражения Пользователем согласия с его условиями посредством подписания настоящего Соглашения.

1.2. Медицинский Центр предлагает Пользователю доступ к личному кабинету Пользователя, размещенному на официальном сайте лаборатории «НИКА СПРИНГ НН», включая размещение и хранения разного рода информации и материалов по медицинским обследованиям, персонализации, информации о работе медицинского центра, специальных предложений.

1.3. Использование личного кабинета регулируется настоящим Соглашением.

1.4. Медицинский Центр гарантирует предоставление информации в рамках технических возможностей личного кабинета.

2. Регистрация Пользователя. Учетная запись Пользователя

2.1. Начиная использовать личный кабинет, Пользователь проходит процедуру регистрации, посредством предоставления медицинскому центру своих персональных данных необходимых для идентификации Пользователя и получения персональных идентификационных признаков — логин и пароль. После прохождения процедуры регистрации для Пользователя будет создана уникальная учетная запись;

2.2. Для регистрации Пользователь обязуется предоставить достоверную и полную информацию о себе по вопросам, предлагаемым в форме регистрации или договора на оказание платных медицинских услуг (с приложениями), и поддерживать эту информацию в актуальном состоянии. Если Пользователь предоставляет неверную или неактуальную информацию или у медицинского центра есть основания полагать, что предоставленная Пользователем информация неполна или недостоверна, медицинский центр имеет право по своему усмотрению заблокировать либо удалить учетную запись Пользователя и отказать Пользователю в использовании своих сервисов (либо их отдельных функций);

2.3. Клиент использует личный кабинет посредством ввода своих личных данных (логин и пароль).

После подписания договора оказания медицинских услуг, настоящего соглашения и прохождения процедуры регистрации Пользователь, посредством использования сети Интернет на официальном сайте лаборатории «НИКА СПРИНГ НН» или через специальные программы для мобильных устройств осуществляет идентификацию своей учетной записи посредством использования своего личного кабинета, для чего вводит свой логин и пароль. В случае предоставления Клиентом неактуального контактного номера мобильного телефона или недостоверного номера, в случае если данные Пользователя, указанные в предоставленных им документах, не соответствуют данным, указанным при регистрации, а также в случае, когда данные, указанные при регистрации, не позволяют идентифицировать пользователя, Медицинский офис вправе отказать Пользователю в доступе к учетной записи и использовании сервисов личного кабинета.

2.4. Персональная информация Пользователя, содержащаяся в учетной записи Пользователя, хранится и обрабатывается Медицинским Центром в соответствии с условиями Политики конфиденциальности, согласованной сторонами в п.5, 6 Договора на оказание платных медицинских услуг.

2.5. В случае возможности самостоятельного выбора логина для доступа к учетной записи Пользователя при регистрации (уникальное символьное имя учетной записи Пользователя) Медицинский Центр вправе запретить использование определенных логинов, а также устанавливать требования к логину (длина, допустимые символы и т.д.).

2.6. Пользователь самостоятельно несет ответственность за безопасность (устойчивость к угадыванию) выбранного им пароля, а также самостоятельно обеспечивает конфиденциальность своего пароля. Пользователь самостоятельно несет ответственность за все действия (а также их последствия) в рамках или с использованием сервисов Медицинского Центра под учетной записью Пользователя, включая случаи добровольной передачи Пользователем данных для доступа к учетной записи Пользователя третьим лицам на любых условиях (в том числе по договорам или соглашениям). При этом все действия в рамках или с использованием сервисов личного кабинета под учетной записью Пользователя считаются произведенными самим Пользователем, за исключением случаев, когда Пользователь, в порядке, предусмотренном п. 2.7. Соглашения, уведомил Медицинский Центр о несанкционированном доступе к сервисам личного кабинета с использованием учетной записи Пользователя и/или о любом нарушении (подозрениях о нарушении) конфиденциальности своего логина.

2.7. Пользователь обязан немедленно уведомить медицинский офис о любом случае несанкционированного (не разрешенного Пользователем) доступа к сервисам личного кабинета с использованием учетной записи Пользователя и/или о любом нарушении (подозрениях о нарушении) конфиденциальности своего логина путем письменного обращения. В целях безопасности, Пользователь обязан самостоятельно осуществлять безопасное завершение работы под своей учетной записью (кнопка «Выход») по окончании каждой сессии работы с сервисами личного кабинета. Медицинский Центр не отвечает за возможную потерю или порчу данных, а также другие последствия любого характера, которые могут произойти из-за нарушения Пользователем положений этой части Соглашения.

2.8. Использование Пользователем своей учетной записи. Пользователь не вправе воспроизводить, повторять и копировать, продавать и перепродавать, а также использовать для каких-либо коммерческих целей какие-либо части сервисов личного кабинета, или доступ к ним.

3. Удаление учетной записи Пользователя.

3.1. Пользователь вправе в любой момент удалить свою учетную запись, обратившись с соответствующим письменным заявлением.

3.2. Удаление учетной записи осуществляется в следующем порядке:

3.2.1. учетная запись удаляется из WEB приложения в течение 7-ми рабочих дней с момента подачи заявления;

3.2.2. по письменному заявлению Пользователя возможно восстановление информации, ранее размещенной в личном кабинете, и доступа в личный кабинет в сроки, установленные администрацией медицинского центра;

4. Ограничения Пользователя

4.1. При использовании личного кабинета Пользователь

- не имеет права загружать, посылать, передавать или любым другим способом размещать и/или распространять какие-либо материалы, содержащие вирусы или другие компьютерные коды, файлы или программы, предназначенные для нарушения, уничтожения либо ограничения функциональности любого компьютерного или телекоммуникационного оборудования или программ, для осуществления несанкционированного доступа, а также серийные номера к коммерческим программным продуктам и программы для их генерации, логины, пароли и прочие средства для получения несанкционированного доступа к платным ресурсам в Интернете, а также размещения ссылок на вышеуказанную информацию;

несанкционированно собирать и хранить персональные данные других лиц; нарушать нормальную работу сервисов Медицинского Центра; размещать ссылки на ресурсы сети, содержание которых противоречит действующему законодательству РФ; другим образом нарушать нормы законодательства, в том числе нормы международного права.

5. Исключительные права на содержание сервисов

5.1. Все объекты, доступные при помощи сервисов Медицинского Центра, в том числе элементы дизайна, текст, графические изображения, иллюстрации, видео, программы для ЭВМ, базы данных, звуки и другие объекты (далее – содержание сервисов), размещенные на сервисах Медицинского Центра являются объектами исключительных прав Медицинского Центра и других правообладателей.

5.2. Использование личного кабинета, возможно только в рамках функционала, предлагаемого сервисом личного кабинета для ознакомления с результатами медицинского обследования. Никакие элементы содержания сервисов Медицинского офиса, не могут быть использованы иным образом без предварительного разрешения правообладателя. Под использованием подразумеваются, в том числе: воспроизведение, копирование, переработка, распространение на любой основе и т.д.

6. Ограничение ответственности: Медицинский Центр не гарантирует, что сервис будет предоставляться непрерывно, поскольку в соответствии с настоящим соглашением

Медицинский Центр предоставляет Пользователю безвозмездное пользование личным кабинетом с целью удобства Клиента для ознакомления с результатами медицинского обследования, тогда когда использование сети Интернет Клиент осуществляет самостоятельно, на возмездной основе и по тарифам оператора связи.

7. Иные положения:

7.1. Ввиду безвозмездности услуг, оказываемых в рамках настоящего Соглашения, нормы о защите прав потребителей, предусмотренные законодательством Российской Федерации, не могут быть применимыми к отношениям между Пользователем и Медицинским Центром по предоставлению сервиса личного кабинета на официальном сайте лаборатории.

7.2. Если по тем или иным причинам одно или несколько положений настоящего Соглашения будут признаны недействительными или не имеющими юридической силы, это не оказывает влияния на действительность или применимость остальных положений Соглашения.

7.3. Настоящее Соглашение составлено на русском языке, в двух подлинных экземплярах, один – для медицинского центра, второй – для клиента и является неотъемлемой частью Договора на оказание платных медицинских услуг.

Исполнитель:

ООО «НИКА СПРИНГ НН»

Адрес: 603006, Нижний Новгород, пер. Могилевича,

д.7, пом.1

ОГРН 1135260014306

ИНН 5260368469 КПП 526001001

Р/с 40702810629080001453

ФИЛИАЛ «НИЖЕГОРОДСКИЙ»

АО «АЛЬФА-БАНК» БИК 042202824

К/с 30101810200000000824

ФИО администратора, действующий на основании доверенности от 03.01.2022 г.

_____/ФИО Администратора/

✓

/

/

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, связанное с забором биологического материала для лабораторных исследований

Я, _____, _____
Ф.И.О. полностью пациента или законного представителя пациента

законный представитель **пациента:** _____
(Ф.И.О. полностью ребенка до 15-летнего возраста, а также недееспособного лица, если такое лицо по своему состоянию не способно дать согласие на медицинское вмешательство)

в соответствии с требованиями частью 9 статьи 20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» №323-ФЗ от 21 ноября 2011года, даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, т.е. на оказание мне следующих медицинских услуг: забор венозной крови из вены или капиллярной крови из пальца:

1. Я понимаю, что данные манипуляции связаны с дискомфортом и возможными болевыми ощущениями в месте пункции.
2. Я проинформирован (а) о том, что после забора венозной и/или капиллярной крови из вены/пальца могут возникнуть такие осложнения как: - появление гематомы (кровоизлияния) в месте пункции

- обморок
- тромбоз вен
- воспаление в месте венепункции
- флебит

3. Я также проинформирован (а) о возможности проведения повторной пункции в связи с возможными затруднениями при взятии проб крови из вены или пальца, обусловленными индивидуальными анатомическими особенностями расположения сосудов, поврежденными и склерозированными венами, наличием или возникновением при заборе крови гематом, петехий, отека, быстрого тромбирования сосуда в месте пункции, препятствующих естественному току крови, а также в случае обморока.

4. Я проинформирован (а) о факторах, способствующих затруднениям забора капиллярной крови из пальца:

- при заборе крови в холодное время года из-за недостаточно согретых пальцев рук;
- при заболеваниях, в патогенезе которых значительную роль играют нарушения микроциркуляции (сахарный диабет, гипертоническая болезнь, синдром Рейно и др.);

- состояния и заболевания, обусловленные артериальной гипертензией (шок, гипотония);

- профессиональные заболевания, ведущие к нарушению микроциркуляции в сосудах терминальных отделов фаланг пальцев (вибрационная болезнь), а также профессиональная деятельность, сопровождающаяся огрублением кожи подушечек пальцев, затрудняющая вытекание крови при проколе стандартным скарификатором;

- при взятии крови у новорожденных с высокой вязкостью крови и быстрой свертываемостью.

5. Я проинформирован(а), что существуют регламенты по оптимальному объему крови у детей до 14 лет для взятия венозной крови на лабораторные анализы за один раз. Общий объем взятой крови у детей с весом до 3,5 кг не должен превышать 2,5 мл, от 3,6 кг до 4,5 кг - не более 3,5 мл, от 4,6 кг до 7 кг - не более 5 мл, при весе от 7,3 кг до 18 кг. не более 10 мл.

6. Медицинским работником мне в доступной и понятной форме была предоставлена информация о преимуществах венозного забора крови. Венозная кровь – рекомендуемый материал не только для определения биохимических, гормональных, серологических, иммунологических показателей, но и для общеклинического исследования крови.

7. Я проинформирован(а) о необходимости соблюдения правил подготовки перед сдачей биоматериала для лабораторных исследований и что несоблюдение их влияет на результат исследования.

Я имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил(а) исчерпывающие ответы на них.

Я внимательно ознакомился (лась) с данным документом.

Настоящий документ является неотъемлемой частью договора об оказании платных медицинских услуг.

Примечание: В соответствии со ст. 20. Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство подписывает законный представитель в отношении ребенка до 15-летнего возраста, а также в отношении недееспособного лица, если такое лицо по своему состоянию не способно дать согласие на медицинское вмешательство.

Медицинский сотрудник: _____ / _____ /

подпись Ф.И.О.

Пациент/Законный представитель пациента: ✓ _____ / _____ /

подпись Ф.И.О.

Дата: _____ 2022 г

Информированное добровольное согласие на забор крови из вены/пальца

Я, _____ (ФИО)

в соответствии с требованиями статьи № 20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, т.е. на оказание мне следующих медицинских услуг: забор крови из вены/пальца. Я понимаю, что данная манипуляция связана с дискомфортом и возможными болевыми ощущениями в месте пункции. Я проинформирован (а) о том, что после забора крови могут возникнуть такие осложнения как:

- появление подкожной гематомы (кровоизлияния) в месте пункции
- воспаление мягких тканей в месте пункции в результате инфицирования
- развитие локального флебита (воспаления участка вены) в месте венепункции
- повреждение нерва в результате его укола или сдавливания образовавшейся гематомой.

Я также проинформирован (а) о возможности проведения повторной венепункции в связи с техническими сложностями, возникшими при заборе крови из вены. Я имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил(а) исчерпывающие ответы на них. Я внимательно ознакомился (лась) с данным документом и понимаю, что последнее является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия. Настоящий документ является неотъемлемой частью моей медицинской карты.

Примечание: В соответствии со ст. 20. Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство подписывает законный представитель в отношении ребенка до 15-летнего возраста, а также в отношении недееспособного лица, если такое лицо по своему состоянию не способно дать согласие на медицинское вмешательство.

Медицинский сотрудник: _____ / _____ / Пациент: ✓ _____ / _____ /

подпись Ф.И.О.

подпись Ф.И.О.

Дата: _____ 2022 г.

**Информированное добровольное согласие
на медицинское вмешательство**

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина
либо законного представителя)
" " _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу: _____
(дата рождения гражданина либо законного представителя)

(адрес регистрации гражданина либо законного представителя)
проживающий по адресу: _____
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)
в отношении _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)
" " _____ г. рождения, проживающего по адресу: _____
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

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 – 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 ООО «НИКА СПРИНГ НН»
Медицинским работником _____

(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. N 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 2011г. N 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)

Перечень

определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщины), ректальное исследование.
3. Антропометрические исследования.
4. Термометрия.
5. Тонометрия.
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 клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические.
10. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, реоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных).
11. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования.
12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикочно.
13. Медицинский массаж.
14. Лечебная физкультура.

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

(подпись)

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

« _____ » _____ г.
(дата оформления)

