ДОГОВОР

ОБ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

г. Санкт-Петербург \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** именуемый(ая) в дальнейшем «Заказчик», дата рождения **\_\_\_\_\_\_\_\_\_** г., с одной стороны, и ООО «Медицинский Центр «МАГНИТ», расположенное по адресу: 190005, г. Санкт-Петербург, 6я Красноармейская ул. д. 5-7, лит. А, пом. 102А, зарегистрированное в качестве юридического лица 22.12.2010 г. Межрайонной ИФНС России № 15 по Санкт-Петербургу за ОГРН 1109847040819 (свидетельство о регистрации юридического лица серия 78 № 008128003), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице Генерального директора Николаева Алексея Владимировича, действующего на основании Устава, с другой стороны, совместно именуемые «Стороны», а по отдельности - «Сторона», заключили настоящий договор (далее - «Договор») о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Исполнитель на основании обращения Заказчика в соответствии с условиями настоящего Договора, обязуется оказать

ему следующие медицинские услуги:

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,**

(далее - «медицинские услуги»), а Заказчик обязуется оплатить оказанные медицинские услуги в размере, порядке и сроки, установленные настоящим Договором

1. Срок оказания медицинских услуг \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .
2. Исполнитель оказывает медицинские услуги на основании лицензии на осуществление медицинской деятельности № ЛО-78-01-010587 от 05.02.2020 г., выдана Комитетом по Здравоохранению Санкт-Петербурга. Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность Исполнителя: при оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: рентгенологии; сестринскому делу; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: неврологии; организации здравоохранения и общественному здоровью; рентгенологии.

2. СТОИМОСТЬ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

1. Исполнитель ознакомил Заказчика с полным прейскурантом услуг клиники.
2. Стоимость услуг по договору определяется в соответствии с действующим прейскурантом Исполнителя и составляет **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** рублей, НДС не облагается.
3. Оплата медицинских услуг производится по факту выполнения услуг наличными денежными средствами в кассу Исполнителя или в безналичном порядке на расчетный счет Исполнителя.
4. При безналичной форме оплаты Исполнитель предоставляет услуги после соответствующего платежного подтверждения.

3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

* 1. Исполнитель обязуется:

3.1.1. Обеспечить Заказчика бесплатной, доступной и достоверной информацией о платных медицинских услугах, содержащей следующие сведения о:

а) данных о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации);

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

в) других сведениях, относящихся к предмету настоящего Договора.

3.1.2. Оказывать Заказчику услуги, предусмотренные п. 1.1 настоящего Договора.

* + 1. Оказывать услуги в согласованные сроки. В случае изменения сроков предупредить об этом Заказчика.
    2. Предупредить Заказчика о необходимости и стоимости дополнительных услуг.

3.1.5 Давать, при необходимости, по просьбе Заказчика, разъяснения о ходе оказания услуг ему и заинтересованным лицам, включая государственные и судебные органы.

* + 1. Получить информированное добровольное согласие Заказчика на медицинское вмешательство.
    2. Сотрудничать при оказании услуг по настоящему Договору с иными медицинскими учреждениями и специалистами.

3.2. Заказчик обязуется:

* + 1. Соблюдать правила оказания медицинских услуг Исполнителя.
    2. Оплачивать услуги Исполнителя в порядке, сроки и на условиях, которые установлены настоящим Договором.

3.2.3 Кроме того Заказчик обязан:

* информировать врача о перенесенных заболеваниях, в том числе о гепатите А.В.С. туберкулезе, бронхиальной астме и т.п.. приступах клаустрофобии, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях для проведения услуги:
* предоставить полную и достоверную информацию о перенесенных операциях, переливаниях крови и инъекциях за последние два года, наличии кардиостимуляторов, имплантатов (кроме стоматологических) и других изделий из хирургического металла:
* соблюдать правила поведения в медицинском учреждении, режим работы медицинского учреждения;
* выполнять все рекомендации медицинского персонала и третьих лиц, оказывающих ему по настоящему Договору медицинские услуги, по лечению, в том числе соблюдать указания медицинского учреждения, предписанные на период после оказания услуг.

1. Исполнитель имеет право:
2. Получать от Заказчика любую информацию, необходимую для выполнения своих обязательств по настоящему Договору. В случае непредставления либо неполного или неверного предоставления Заказчиком информации Исполнитель имеет право приостановить исполнение своих обязательств по настоящему Договору до представления необходимой информации.
3. Требовать от Заказчика соблюдения правил оказания медицинских услуг.
4. Заказчик имеет право:
5. Получать от Исполнителя услуги в соответствии с п.1.1 настоящего Договора.
6. Самостоятельно выбрать кандидатуру лечащего врача с учетом всех требований и условий, необходимых для оказания услуги, а также с учетом согласия врача.
7. Стороны обязуются хранить в тайне лечебную, финансовую и иную конфиденциальную информацию, полученную от другой Стороны при исполнении настоящего Договора.
8. ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ УСЛУГ
   1. Исполнитель предоставляет Заказчику бесплатную, доступную, достоверную информацию о порядке оказания медицинских услуг.
   2. Исполнитель обязуется поставить в известность Заказчика о возникших обстоятельствах, которые могут привести к увеличению объема оказания услуг и возможных осложнениях.
   3. В случае если при предоставлении медицинских услуг требуется предоставление дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных Договором, Исполнитель обязан предупредить об этом Заказчика.

Без согласия Заказчика Исполнитель не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги.

* 1. В случае отказа Заказчика после заключения Договора от получения медицинских услуг Договор расторгается. При этом Заказчик оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.
  2. После исполнения Договора Исполнитель обязуется выдать Заказчику или его представителю акт об оказанных медицинских услугах, все полученные по результатам МРТ диагностики снимки на электронном носителе (диске), а также выдать чек, подтверждающий оплату услуг по Договору. При необходимости Заказчик может отдельно приобрести у Исполнителя печать 30-40 снимков на пленке и консультацию врача рентгенолога с письменным заключением.

1. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН
   1. За неисполнение или некачественное исполнение условий настоящего договора Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.
   2. Исполнитель не несет ответственности за некачественное выполнение услуги при несоблюдении Заказчиком условий настоящего Договора.

6. ПОРЯДОК РАССМОТРЕНИЯ СПОРОВ

1. Все споры, претензии и разногласия, которые могут возникнуть между Сторонами, будут разрешаться путем переговоров. Срок для рассмотрения претензии - 10 календарных дней с момента ее получения.
2. При не урегулировании споров путем переговоров споры подлежат рассмотрению в судебном порядке в соответствии с законодательством РФ.

7. ИНЫЕ УСЛОВИЯ

1. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания обеими Сторонами и действует до исполнения принятых на себя обязательств.
2. Настоящий Договор может быть изменен либо расторгнут по обоюдному согласию Сторон, а также в иных случаях, предусмотренных законодательством РФ. Любые изменения и дополнения к Договору действительны в том случае, если они совершены в письменной форме и подписаны обеими сторонами.
3. Договор составлен в 2-х экземплярах, каждый из которых имеет одинаковую силу.
4. Неотъемлемой частью настоящего Договора являются следующие приложения:

Приложение № 1 - Информированное добровольное согласие пациента на медицинское вмешательство. Приложение № 2.- Согласие на обработку персональных данных.

8. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

|  |  |
| --- | --- |
| ИСПОЛНИТЕЛЬ:  ООО «Медицинский Центр «МАГНИТ»  Адрес: 190005, г. Санкт-Петербург, 6-я Красноармейская ул. д. 5-7 лит. А пом. 102А  ИНН 7842443831  ОГРН 1109847040819  КПП 783901001  Р/сч. № 40702810655000038526  В СЕВЕРО-ЗАПАДНЫЙ БАНК ПАО СБЕРБАНК  БИК 044030653  к/с 30101810500000000653 | ЗАКАЗЧИК:  Ф.И.О.:  **Дата рождения:**  Паспорт:  Прописан :  Тел.: |
| Генеральный директор Николаев А.В. | Заказчик: check50.jpg\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, настоящим подтверждаю, что у меня отсутствуют признаки ОРВИ и повышенная температура, а также я отрицаю наличие у меня положительного анализа на COVID-19 на момент обращения в **ООО «Медицинский Центр «МАГНИТ».** | |

check50.jpg \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ООО «Медицинский Центр «МАГНИТ»**

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО**

Я, **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** года рождения

проживающий (ая) по адресу:

|  |
| --- |
| Этот раздел бланка **заполняется только для лиц, не достигших возраста 15 лет** или не дееспособных граждан:  Я,  Паспорт: года рождения  Являюсь законным представителем (мать/отец/усыновитель/опекун/попечитель)    ФИО ребенка или недееспособного гражданина (полностью) |

На основании статьи 20 ФЗ № 323-ФЗ от 21.11.2011г. «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство:

1.Я в полной мере проинформирован(а) о целях, методах, возможном риске, вариантах, последствиях, результатах данного медицинского вмешательства, подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, и я добровольно соглашаюсь на медицинское вмешательство.

2.Мне было подробно объяснены все противопоказания для проведения МРТ обследования

3.Мне была подробно объяснена требуемая к данному исследованию подготовка. Я подтверждаю, что она мне понятна и была мною выполнена в полной мере, в соответствии с требованиями к процедуре. Я осознаю, что неполноценная подготовка может повлечь за собой ухудшение качества снимков и затруднение диагностики, что будет отражено в письменном заключении врача.

4.Я поставил(а) в известность врача обо всех проблемах, связанных с моим здоровьем (здоровьем представляемого), в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной не переносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, а также употребление алкоголя, наркотических и токсических средств;

5.Я согласен(а) на применение всех необходимых для целей выполнения МРТ обследования по моему состоянию здоровья (состояния здоровья представляемого) лекарственных препаратов (контрастных препаратов), за исключением:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (указать какие, если имеются исключения)

6.В соответствии с Приказом МЗСР РФ от 23.04.2012г. №390н я также даю согласие на проведение при необходимости следующих вмешательств: 1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза. 2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия. 3. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций. 4. Неинвазивные исследования орагнов слуха и слуховых функций. 5. Исследования функций нервной системы (чувствительный и двигательные сферы) 6. Рентгенологические методы обследования, в том числе магнитно-резонансные исследования, 7. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно.

7.Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы. Мне даны исчерпывающие ответы на все заданные мной вопросы. Я ознакомлен(а) и согласен(а) со всеми пунктами настоящего документа. Мне разъяснено, что представление лечащему врачу неполной или недостоверной информации может иметь негативные последствия для моего здоровья. Я не буду иметь претензии к ООО «Медицинский Центр «МАГНИТ» в случае возможных осложнений после проведенных манипуляций.

**Указать наличие:**

Аллергические реакции \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Туберкулез \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Гепатит (А,В,С) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ВИЧ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Наличие кардиостимулятора \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Инородные металлические фрагменты в теле \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Металлические клипсы на сосудах \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Беременность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись / ФИО check50.jpg\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / check50.jpg **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г.

Информированное добровольное согласие на обследование - рентгеновская компьютерная томография с контрастом.

Я, **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, настоящим подтверждаю свое согласие на медицинское вмешательство, а именно на проведение обследования рентгеновская компьютерная томография (спиральную компьютерную томографию, многослойную компьютерную томографию) **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,**  в ООО «Медицинский Центр «МАГНИТ», в дальнейшем КТ. КТ проводится с цепью осуществления диагностики, дальнейших консультаций, врачебных назначений и качественного лечения. Мне понятен предполагаемый результат КТ, который заключается в получение изображения исследуемых систем и органов Пациента и заключения по этим снимкам (томограммам). Со мной согласован Индивидуальный План Обследования, в котором отражены технологии, методы и материалы, которые будут использоваться в процессе КТ обследования.

КТ обследование в ООО «Медицинский Центр «МАГНИТ» осуществляется с применением исправной, сертифицированной аппаратуры, с минимальной дозой облучения и минимальным риском возможных неблагоприятных последствий. Назначение обязательного и дополнительного КТ осуществляется врачом при наличии клинических показаний. При осуществлении КТ соблюдаются контроль и меры радиационной безопасности; доза облучения при выполнении КТ фиксируется в письменном заключении врача-рентгенолога.

Врач сообщил мне что, противопоказаниями для проведения КТ являются:

- беременность на протяжении всего срока (при отсутствии жизненных показаний), отягощенный анамнез жизни и заболевания (пребывание в зонах радиоактивного заражения, работа, связанная с использованием источников ионизирующих излучений).

Врач сообщил мне что, противопоказаниями для проведения КТ с контрастным усилением являются: Хронические и острые заболевания почек с уровнем креатинина сыворотки крови >1,5 мг/дл (140 мкМ/л). Повышенная чувствительность к йоду. Аллергический анамнез пациентов на наличие сенной лихорадки, крапивницы, аллергических реакций на морепродукты и реакций на контрастные вещества, бронхиальной acтма. Факторами риска являются: предшествующая почечная недостаточность; дегидратация; сахарный диабет; множественная миелома/парапротеинемия; введение контраста в повторных и/или больших дозах, тяжелое общее состояние. У пациентов с бронхиальной астмой имеется повышенный риск развития бронхоспазма или реакций повышенной чувствительности. При внутричерепных опухолях или метастазах, а также при эпилепсии в анамнезе возможно повышение частоты возникновения судорог после введения контрастных средств. Существует риск развития системного нефрогенного фиброза у пациентов с нарушением выведения лекарственных веществ. У больных с тяжелыми заболеваниями сердца или выраженным поражением коронарных артерий повышен риск развития клинически значимых изменений гемодинамики и аритмии. У пациентов с заболеваниями клапанного аппарата сердца и легочной гипергензией введение контрастного средства может привести к выраженным гемодинамическим нарушениям. Реакции, включающее ишемические изменения на ЭКГ и тяжелые формы аритмий, наиболее часто встречается у пожилых больных и у больных с кардиальной патологией в анамнезе. Внутрисосудистое введение контрастного средства может вызвать отек легких у больных с сердечной недостаточностью У пациентов с судорогами в анамнезе или с другими заболеваниями ЦНС, внутричерепными опухолями или метастазами, а также эпилепсии может быть повышен риск развития судорог или неврологических осложнений в связи с введением контрастного препарата. У пациентов с феохромоцитомой имеется риск развития гипертензивного криза. Описаны случаи возникновения тяжелых васкулитов или синдрома, подобного синдрому Стивенса-Джонсона, у больных с наличием в анамнезе аутоиммунных заболеваний. Введение йодсодержащего контрастного вещества может усилить выраженность симптомов миастении. Риск развития побочных реакций у детей может быть повышен вследствие незрелости почек и/или скрытой почечной недостаточности. До моего сведения доведены возможные альтернативные варианты лечения, а именно: ультразвуковое исследование, магнитно-резонансная томография, рентгенологическое исследование. Мне сообщены, разъяснены врачом последствия отказа от КТ, а именно: невыполнение КТ является отступлением от технологии лечения, в связи с чем ООО «Медицинский Центр «МАГНИТ» не гарантирует качества лечения. Мне сообщены последствия медицинского вмешательства, возможные осложнения и риски, связанные с проведением КТ, в том числе: рентгеновское излучение относится к группе радиационных излучений, оно (в определенной дозе) может оказывать негативное влияние на здоровье человека.

Я предупрежден, что в случае проведения КТ с контрастным усилением, возможны осложнения, а именно: головная боль, головокружение, парестезия; тревога, нарушение сознания, деперсонализация, диплопия, дистония, галлюцинации, гиперестезия, нервозность, сонливость, тремор, вертиго, вазодилатация, возбуждение (ажитация), спутанность сознания, судороги, тремор, астения, кома, сонливость, нарушения речи, гемипарез, менингизм; аритмия, боли в грудной клетке, артериальная гипертензия, артериальная гипотензия, пальпитация, синкопе, тахикардия, стенокардия, сердечная недостаточность, ишемия миокарда/инфаркт, аритмии, изменения на ЭКГ, блокада ножки пучка Гиса, коллапс, спазм сосудов, бледность, тошнота, боли в животе; анорексия, усиление аппетита, запор, сухость во рту, дисфагия, отрыжка, метеоризм извращение вкуса, паросмия усиление слюноотделения, жажда, рвота, астения, транзиторное повышение активности печеночных ферментов и билирубина в крови, транзиторное повышение содержания железа в сыворотке крови, развитие панкреатита; изменение функции щитовидной железы, тиреотоксический криз; аллергические реакции, отек лица, лихорадка, гриппоподобный синдром, недомогание, раздражение слизистых оболочек ригидность шеи, боли в шее, тазовые боли, повышенное потоотделение; тромбоцитопения, повышение содержания сывороточного креатинина, стеки, гиперкапьциемия, гипергликемия, гипогликемия, гипонатриемия; боль в спине; артралгия, судороги в ногах, миалгия, миастения, мышечный спазм; астма, кашель, одышка, носовое кровотечение, кровохарканье, ларингоспазм, фарингит, синусит, охриплость голоса, отек гортани, глотки, языка, лица, заложенность носа; многоформная эритема, зуд макулопапулезная сыпь, везикулезная сыгь, сухость кожи, крапивница; амблиопия, гипергидроз, зуд, эритема, слезотечение, боль в тазах, боль в ушах; нарушение зрения, слуха, обоняния, конъюктивит, стек век, гиперакузия, шум в ушах; дизурия, олигурия, частое мочеиспускание, увеличение уровня креатинина, острая почечная недостаточность; реакции в месте введения, в т.ч. отек, тромбофлебит, эмболии, воспаление, анафилактоидные реакции, анафилактический шок, потеря сознания, судороги, остановка сердца, тахикардия, коллапс, приливы, ощущение жара, общее недомогание, остановка дыхания, бронхоспазм, стек легких, дыхательная недостаточность, остановка дыхания, цианоз, обморок, изменения температуры тепа.

Внутривенное введение контрастного препарата является инвазивной манипуляцией, сопровождающееся проколом сосудистой стенки, и в случае слабости венозной стенки возможно развитие осложнений в виде разрыва венозной стенки и попадания частично лекарственного препарата не в сосудистое русло, а подкожно. Что может вызвать боль до нескольких минут, ощущение тепла или холода, отек, воспалительный процесс, некроз тканей, флебит, тромбофлебит. При получении рентгенологического снимка неудовлетворительного качества (при движении Пациента во время выполнения обследования, при наличии большой мышечной ткани, плотности тканей и прочее) необходимо повторное выполнение снимка. Кроме того, в процессе лечения может потребоваться дополнительное КТ обследование. Я обсудил данную форму с нижеподписавшимся врачом, мною были заданы доктору все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения, и были получены исчерпывающие ответы и разъяснения, у меня не осталось невыясненных вопросов к врачу.

**Я ознакомлен(а) и согласен(а) со всеми пунктами настоящего документа, имеющем юридическую силу и являющемся неотъемлемой частью медицинской карты пациента.**

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г. Подпись / ФИО check50.jpg\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / check50.jpg\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

или подпись его законного представителя (с пометкой о степени родства) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись врача \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| **Укажите V в строке, если «Да»** | |
| **Заболевания почек, хирургические вмешательства на почках, единственная почка** |  |
| **Беременность?** |  |
| **Делали ли Вам КТ с внутривенным контрастированием?** |  |
| **Была ли у Вас аллергическая реакция на контрастный препарат?** (рвота, крапивница, отёк Квинке, бронхоспазм, брадикардия, пюк, остановка дыхания или сердечной деятельности, судороги)? |  |
| Гипертиреоз, Трансплантация органов в анамнезе, ВИЧ |  |
| Применяете ли Вы в настоящее время какие-нибудь из перечисленных препаратов? | |
| Аминогликозиды (антибиотики, н-р, стрептомицин, гентамигтин, амикоцин, неомиццн) |  |
| Ванкомицин (антибиотик), Амфотерицин В (противогрибковое средство), Диуретики |  |
| Иммуносупрессивнье препараты (циклоспорин А), **Метформин, Сиофор, Глюкофаж** (для лечения сахарного диабета) |  |
| Бета-адреноблокаторы (анаприлин, атенолол, бетаксолол, мегопралол) |  |
| Было ли у Вас внутривенное введение контрастного препарата менее чем за 72 часа до настоящего исследования? |  |
| Были ли у Вас острые аллергические реакции (анафилактический шок, отек Квинке, бронхоспазм) в прошлом на какие-нибудь вещества (пищевые продукты, бытовые аллергены, пыльцу и т.д.)? |  |
| Есть ли у Вас аллергия на какие-нибудь медикаменты? Если ли у Вас аллергия на 4 или более аллергена? |  |
| Применяли ли Вы длительно более 1 мес. глюкокортикостероиды (преднизалон, дексаметозон и.т.д)? |  |
| Есть ли у Вас бронхиальная астма? Гипотония или тяжелая гипертония? |  |
| Сердечная недостаточность, кардиомиопатия, выраженный аортальный стеноз |  |
| Цирроз печени, Серповидно-клеточная анемия, Феохромоцитома, Миеломная болезнь, Подагра |  |

Вы должны знать, что при внутривенном введении контрастных веществ возможно развитие побочных и аллергических реакций. Степень их выраженности может быть различной, особенно опасен анафилактический шок. Препараты нового поколения, так называемые неионные (например, Омнипак, Визипак, Иопамиро или Ультрависг) очень редко вызывают побочные и аллергические реакции, тем не менее, подписываясь под данным документом Вы подтверждаете, что понимаете необходимость проведения исследования с внутривенным котрастированием. Вам полностью ясно, что во время указанного исследования или после него могут развиться осложнения, что может потребовать дополнительных вмешательств (лечения). Вы уполномочиваетесотрудниковООО «Медицинский Центр «МАГНИТ» выполнить любую процедуру или дополнительное вмешательство, которое может потребоваться в связи с возникновением непредвиденных ситуаций.

Дата заполнения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г. Подпись / ФИО check50.jpg\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / check50.jpg\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Личная подпись врача:

|  |
| --- |
| **Заполняют только пациенты, проходящими КТ с внутривенным контрастированием**  Анализ на уровень креатинина перед исследованием со сроком давности до 1 месяца ПРЕДОСТАВИЛ / НЕ ПРЕДОСТАВИЛ  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись check50.jpg\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Приложение № 2

К договору об оказании медицинских услуг

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.

**Согласие на обработку персональных данных**

Настоящим, во исполнение требований Федерального закона от 27.07.2005 г. № 152-Ф3 “О персональных данных”, я, **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** года рождения, даю согласие ООО “Медицинский Центр «МАГНИТ” ОГРН 1109847040819 (далее – “Оператор”), адрес местонахождения190005, 6-я Красноармейская ул. д. 5-7 лит. А пом. 102А, на сбор и обработку моих персональных данных включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактный(е) телефон(ы), реквизиты полиса ДМС, 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 при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

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. **Оператор не имеет права передавать мои персональные данные каким-либо иным лицам**.

Я даю согласие на отправку моего исследования на почту:

Подпись check50.jpg\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Настоящее согласие дано мной \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.

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 взаимозачетов по оплате оказанной мне до этого медицинской услуги.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** / check50.jpg\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.

(Ф.И.О. полностью, подпись)