



Общество с ограниченной
ответственностью
«МЕДЭКСПЕРТ ПЛЮС»
(ООО «МЕДЭКСПЕРТ ПЛЮС»)

ИНН 7730245060
КПП 773001001

Юридический и фактический
адрес: 121170, город Москва,
проспект Кутузовский, д 32,
корпус 1, эт/пом 1/1.143

р/с 40702 810 0380 0019 4529
БИК 044525225 в ПАО СБЕРБАНК
г. Москва
к/с 30101 810 4000 0000 0225

тел.: +7 (495) 139-63-61
e-mail: info@mymedex.ru
website: mymedex.ru

ЗАЯВЛЕНИЕ ПАЦИЕНТА

Город Москва

Дата _____

ПАЦИЕНТ (ФИО, дата рождения, адрес регистрации, данные паспорта или иного документа, телефон, e-mail):	
---	--

ЗАКОННЫЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ (родитель, опекун и проч., заполняется при необходимости) (ФИО, дата рождения, адрес регистрации, данные паспорта или иного документа, телефон, e-mail):	
--	--

Назначить третье лицо моим представителем (выбрать):

ДА НЕТ

ПРЕДСТАВИТЕЛЬ (заполняется при необходимости) (ФИО, дата рождения, адрес регистрации, данные паспорта или иного документа, телефон, e-mail):	
---	--

Пациент предоставляет согласие ООО «МЕДЭКСПЕРТ ПЛЮС» на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, указанному третьему лицу (при условии предоставления им документа, удостоверяющего личность). Пациент обязан уведомить вышеуказанное лицо о передаче его персональных данных ООО «МЕДЭКСПЕРТ ПЛЮС».

Направлять медицинскую/финансовую информацию по электронной почте или push-уведомлениями через сервисы ООО «МЕДЭКСПЕРТ ПЛЮС», или по SMS (с использованием моих контактных данных, указанных в настоящем Заявлении или иных документах) (по запросу):

ДА НЕТ

Направлять информационные рассылки и рекламные предложения, иную информацию, связанную с оказанием медицинских услуг, по электронной почте или push-уведомлениями через сервисы ООО «МЕДЭКСПЕРТ ПЛЮС», или по SMS (с использованием моих контактных данных, указанных в настоящем Заявлении или иных документах):

ДА НЕТ

Пациент (законный представитель) осведомлен, что медицинские услуги, оказываемые по страховой программе медицинского страхования, оплачиваются страховой компанией в соответствии со страховой программой Пациента. Услуги, которые не покрываются Страховой компанией по любым основаниям и причинам, оплачиваются Пациентом (законным представителем) (или его иным заказчиком) отдельно по действующему Прейскуранту ООО «МЕДЭКСПЕРТ ПЛЮС» на условиях действующей в такой момент оферты на оказание медицинских услуг (в том числе в случаях, если по страховой программе Пациента (Заказчика) предусмотрена «франшиза» (предусмотренное условиями страхования освобождение страховщика от возмещения оговоренной части убытков страхователя).

- Пациент (законный представитель) ознакомлен с правилами внутреннего распорядка и поведения в ООО «МЕДЭКСПЕРТ ПЛЮС», размещенными на официальном сайте, информационных стендах и ресепшн ООО «МЕДЭКСПЕРТ ПЛЮС».
- Пациент (законный представитель) проинформирован о возможности получения медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий Российской Федерации бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

ПАЦИЕНТ (либо законный представитель):

ФИО полностью, подпись

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

Я,

ФИО пациента (представителя) дата рождения, место регистрации, место жительства	
--	--

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенных 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 (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082) (далее - Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи (далее – выбрать):

- Мной Лицом, законным представителем которого я являюсь:

ФИО, дата рождения представляемого, ребенка, адрес регистрации:

--

в медицинской организации Общества с ограниченной ответственностью «МЕДЭКСПЕРТ ПЛЮС» (ОГРН 1187746642929).

Медицинским работником, подписавшим данный документ, мне в доступной для меня форме 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 2011 г. 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:

ФИО, контактный телефон	
ФИО, контактный телефон	

Пациент (законный представитель) проинформирован, что в его интересах сообщить медицинскому работнику обо всех имеющихся у него заболеваниях и проблемах со здоровьем, аллергических реакциях и индивидуальной непереносимости лекарств, о наличии в прошлом или в настоящее время инфекционного гепатита, туберкулеза, венерических заболеваний (в том числе сифилиса и ВИЧ-инфекции), а также о злоупотреблении алкоголем и/или пристрастии к наркотическим препаратам.

ПАЦИЕНТ (либо законный представитель):

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

МЕДИЦИНСКИЙ РАБОТНИК:

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

Дата составления _____