



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, через информационные сервисы ООО «МЕДЭКСПЕРТ ПЛЮС»* или по SMS/сервисам мгновенного обмена сообщениями (Viber, WhatsApp, Telegram) (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, через информационные сервисы ООО «МЕДЭКСПЕРТ ПЛЮС»* или по SMS/сервисам мгновенного обмена сообщениями (Viber, WhatsApp, Telegram) (с использованием моих контактных данных, указанных в настоящем Заявлении или иных документах):

ДА

НЕТ

Выражая согласие на получение информации и документов в электронном виде, я обязуюсь обеспечивать конфиденциальность доступа к принадлежащим мне средствам электронной связи и самостоятельно несу ответственность за доступ третьих лиц к передаваемой мне информации вне информационных систем ООО «МЕДЭКСПЕРТ ПЛЮС».

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 Пациента).

- 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 в иных медицинских организациях 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.

*Порядок и условия использования информационных сервисов ООО «МЕДЭКСПЕРТ ПЛЮС» размещены в публичном доступе на официальном сайте по ссылке: <https://mymedex.ru/pravovaya-informacia.html>.

ПАЦИЕНТ (либо законный представитель):

ФИО полностью, подпись

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
на медицинские вмешательства**

Я (заполняется пациентом или законным представителем):

ФИО гражданина	
Дата рождения	
Адрес регистрации	
Адрес проживания	

Действующий, как законный представитель (заполняется, если согласие дается в отношении представляемого):

ФИО гражданина	
Дата рождения	
Адрес регистрации	
Адрес проживания	

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)¹ (нужное отметить),

- для получения первичной медико-санитарной помощи;
- получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь,

в медицинской организации – **Общество с ограниченной ответственностью «МЕДЭКСПЕРТ ПЛЮС».**

Медицинским работником:

Должность медицинского работника	
ФИО 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 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, в том числе после смерти:

ФИО, контактный телефон

ФИО, контактный телефон

ФИО медицинского работника

Подпись

ФИО пациента (законного представителя), телефон

Подпись

Дата оформления: _____

¹ Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрягая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование. Антропометрические исследования. Термометрия. Тонометрия. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы). Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические (включая забор биоматериала для исследования). Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирометрия, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, рэоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных). Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикочно. Медицинский массаж. Лечебная физкультура.