

АНКЕТА О ЗДОРОВЬЕ ПАЦИЕНТА за 20 ____ год.

Анкета заполняется пациентом старше 14 лет или законным представителем, младше 14 лет. Отвечая на вопросы анкеты, необходимо выделить ответ по каждому пункту. Сообщенные Вами данные составляют врачебную тайну и не будут доступны посторонним лицам. Конфиденциальность гарантируется.

Последнее общемедицинское обследование _____ (месяц и год).

- Заболевание сердца **Инфаркт миокарда** Наличие кардиостимулятора
- Заболевания сосудов **Инсульт** Повышается артериальное давление
- Понижается артериальное давление Заболевания крови **Нарушение свертываемости крови**
- Заболевания печени Заболевания почек Сахарный диабет **Туберкулез**
- Заболевания щитовидной, паращитовидной и др. желез**
- Эпилепсия, другие заболевания центральной и периферической нервной системы
- Заболевания легких Бронхиальная астма **СПИД**
- Заболевания кожи Нейродермит Грибковые заболевания (были, есть)
- Заболевания костной системы, суставов
- Наличие постоянно или периодически принимаемых лекарственных препаратов
- Состою на учете в лечебном учреждении
- Проводилось ли исследование на СПИД (если да, то когда?) _____ год
- Инфекционные заболевания (гепатиты А, В, С и другое)** _____ году
- Инфекционные заболевания у детей (за последний год)
- Заболевания желудочно-кишечного тракта Частые рвоты
- Травмы Сотрясение головного мозга Операции _____ год
- Заболевания глаз** Глаукома (повышение внутриглазного давления)
- Заболевания ЛОР органов (уха, горла, носа) Заболевания гайморовых пазух
- Бывают длительные боли в горле или затрудненное глотание
- Постоянно увеличены лимфатические узлы (железы)
- Онкология**
- Проводилось ли переливание крови
- Проводились ли уколы (инъекции) за последние 6 месяцев
- Проводилась лучевая терапия, химиотерапия за последние 10 лет
- Другие заболевания (указать какие) _____

Аллергический анамнез.

Аллергические реакции на (указать на что у Вас возникают аллергические реакции, в том числе и лекарственные препараты на которые возникает аллергия) _____

Для пациенток:

- Беременны ли Вы
- Являетесь ли Вы кормящей матерью
- Имеются ли нарушения менструального цикла, климакс
- Принимаете ли Вы противозачаточные препараты

Последнее посещение врача-гинеколога в _____ году.

Стоматологический анамнез:

Последнее посещение врача-стоматолога _____ (месяц и год).

Я достоверно ответил(а) на пункты анкеты. Дополнительно хочу сообщить о состоянии своего здоровья следующее: _____

« ____ » _____ 20 ____ г. Подпись пациента _____ / _____ (ФИО).

Информированное добровольное согласие на оказание платных медицинских услуг

Амбулаторная карта № _____

« _____ » _____ 20__ г.

Я, _____

(Фамилия, Имя, Отчество – полностью)

по моему добровольному желанию прошу оказать мне (моему ребенку)

(Фамилия, Имя, Отчество – полностью)

платные медицинские услуги - провести врачебный консультативный прием, произвести взятие анализов для лабораторного обследования, произвести все необходимые диагностические исследования и мероприятия, лечебные манипуляции и процедуры, связанные с состоянием моего здоровья ,(здоровья моего ребенка).

Я получил(а) от администратора медицинского центра всю интересующую меня информацию о предстоящих медицинских услугах-сроках исполнения, порядке подготовки к лабораторным и диагностическим исследованиям, порядке выдачи медицинских заключений, результатов лабораторных исследований.

1. Я понимаю, что в ходе выполнения медицинских действий может возникнуть необходимость осуществления других медицинских вмешательств.
2. Я доверяю специалистам медицинского центра принимать необходимые в этих случаях решения в соответствии с их профессиональными суждениями и выполнять любые медицинские действия, которые они сочтут необходимыми для улучшения моего состояния здоровья (состояния здоровья моего ребенка)
3. Мне известно, что во время лабораторных и диагностических исследований могут быть выявлены заболевания или их особые формы, которые требуют изменения объема медицинского вмешательства, на что я даю свое добровольное согласие.
4. В соответствии с ФЗ №152-ФЗ «О персональных данных» от 27.07.2006 года, я даю согласие ООО «ДЛДЦ Бейби-Мед» собирать, хранить, обрабатывать и использовать мои персональные данные (персональные данные моего ребенка) в целях поддержания связи со мной , направлении мне корреспонденции на указанный электронный адрес, осуществлении отправки смс- сообщений на указанный номер мобильного телефона, отправки электронных писем на указанный электронный адрес и т.п.
5. Я имел(а) возможность задать любые интересующие меня вопросы по оказанию медицинских услуг. На все заданные вопросы я получил(а) удовлетворившие меня ответы и у меня не осталось невыясненных вопросов к специалистам центра.
6. Я подтверждаю, что прочитал(а) и понял(а) все вышеизложенное,
7. Мое решение является **свободным и добровольным** и представляет собой **данное информированное согласие** на проведение медицинского вмешательства.

Подпись пациента _____ Ф.И.О. _____

Подпись Администратора _____ Ф.И.О. _____

Дата _____

Медицинский центр ООО «Детский лечебно-диагностический центр «Бейби-Мед», зарегистрированный Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы №7 по Ленинградской области 01.02.2012 г. ОГРН №1124705000518 серия 47 №003088583 (188306 Ленинградская область, г. Гатчина, ул. 7 Армии, д. 12а, тел. 8(81371)952-68) и именуемый в дальнейшем «Исполнитель», в лице генерального директора Купянской Л.Е., действующего на основании Устава, и Лицензии № ЛО41-01149-47/00298227 от 09.04.2015 г., выданной Комитетом по здравоохранению Ленинградской области (191124 г. Санкт-Петербург; ул. Лафонская дом 6 лит А тел. 88126114545) с одной стороны и

Ф.И.О _____
проживающий по адресу _____
Тел.: _____

именуемый в дальнейшем «Представитель пациента», с другой стороны заключили настоящий Договор в интересах несовершеннолетнего

Ф.И.О _____ дата рождения _____
проживающего по адресу _____

1. Предмет договора

1.1 Представитель пациента поручает, а Исполнитель принимает на себя обязательства по оказанию медицинских услуг в соответствии с перечнем видов медицинской деятельности, разрешенных лицензией и сертифицированных, по прейскуранту Исполнителя.

2. Права и обязанности сторон

2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1 Провести в оговоренные с Представителем Пациента сроки врачебный консультативный прием, произвести взятие анализов для лабораторного обследования, произвести все необходимые диагностические исследования и мероприятия, лечебные манипуляции и процедуры, связанные с состоянием здоровья пациента, консультативный осмотр для установления диагноза, объема необходимого обследования и лечения.

2.1.2 Согласовать с Представителем Пациента план лечения, обследования и его стоимость.

2.1.3 Предупредить Представителя Пациента о методах лечения, возможных осложнениях, предстоящих обследованиях в доступной форме.

2.1.4 Занести в медицинскую карту пациента результаты осмотра, диагноз, план лечения, рекомендации, срок исполнения.

2.1.5 Проводить исполнение всех действий (диагностических и лечебных манипуляций, назначение лекарственных препаратов и т.п.) в строгом соответствии с требованиями, рекомендованными МЗ РФ, медицинскими показаниями и объективным состоянием здоровья пациента.

2.1.6 Если при предоставлении платных медицинских услуг потребуются предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни пациента при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ».

2.2. Исполнитель имеет право:

2.2.1 Заменить по уважительной причине (болезнь, учеба и т.п.) лечащего врача пациента и проинформировать его заранее.

2.2.2 Отказать в оказании медицинских услуг, если действия Представителя пациента или пациента угрожают жизни и здоровью персонала и нарушают внутренний распорядок учреждения, зафиксировано это в специальном акте и известно о нарушении представителей правоохранительных органов.

2.3. Представитель пациента обязуется:

2.3.1 Провести рекомендованное обследование и лечение в оговоренные сроки (смотри амбулаторную карту).

2.3.2 Предупредить за сутки о невозможности явки на ранее назначенный прием к врачу.

2.3.3 Ознакомиться с прейскурантом на медицинские услуги Исполнителя.

2.3.4 Выполнять назначения и рекомендации лечащего врача Исполнителя.

2.3.5 Информировать лечащего врача Исполнителя о всех изменениях состояния своего здоровья.

2.3.6 Информировать лечащего врача Исполнителя о возникшем осложнении после лечения дискомфорта в течение первых суток.

2.3.7 Производить оплату, за оказанные медицинские услуги, согласно прейскуранта Исполнителя.

2.4. Представитель пациента имеет право:

2.4.1 На односторонний отказ от договора.

2.4.2 Заменить лечащего врача.

2.4.3 Отказаться от услуг Исполнителя при условии полной оплаты выполненных работ.

2.4.4 Представитель пациента имеет право выбрать способ оплаты оказанных услуг. Представителю пациента выдается документ, подтверждающий произведенную оплату оказанных медицинских услуг (чек, квитанция или др.).

2.4.5 Получать полную информацию о состоянии здоровья пациента, проведенном лечении в устной и при необходимости в письменной (выписка) форме.

2.5 Перечень платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с договором прилагается к договору в виде Приложения № 1- Реестр оказанных услуг и является его неотъемлемой частью.

2.6 Стоимость платных медицинских услуг, сроки и порядок их оплаты

2.6.1 Стоимость платных медицинских услуг определена Исполнителем в прейскуранте цен, с которым Представитель пациента может ознакомиться в регистратуре медицинского центра, на информационном стенде или на официальном сайте www.babymed-centr.ru

2.6.2 Исполнитель, после заключения договора на оказание платных медицинских услуг и полной оплаты заказчиком предоставляемых исполнителем медицинских услуг, обязуется незамедлительно или в сроки, оговоренные с заказчиком, предоставлять медицинские услуги.

3. Срок действия договора на оказание медицинских услуг

3.1 Настоящий Договор заключен бессрочно с момента его подписания сторонами.

3.2 Договор считается пролонгированным на очередной календарный год, если ни одна из сторон не заявит о его прекращении не позднее, чем за один месяц до срока расторжения Договора.

3.3 Порядок изменения и расторжения договора:

Договор может быть расторгнут:

- по соглашению сторон, совершенному в письменной форме;
- по инициативе Представителя пациента
- по инициативе Исполнителя

3.4 При расторжении Договора сторона, выступающая инициатором, извещает об этом другую сторону за месяц до предполагаемого срока расторжения Договора в письменном виде. Взаиморасчеты между сторонами производятся за фактически оказанные медицинские услуги по состоянию на день расторжения Договора в течении 5 (пяти) банковских дней с момента его расторжения.

4. Ответственность сторон за невыполнение условий договора.

4.1 Претензии, возникающие при исполнении настоящего Договора, должны быть предъявлены в письменном виде.

4.2 Сторона, получившая претензию, обязана рассмотреть ее и ответить в письменном виде не позднее 10 (десяти) дней с момента ее предъявления.

4.3 Претензии и споры, возникающие между потребителем и медицинским учреждением, разрешаются по соглашению сторон или в судебном порядке в соответствии с законодательством Российской Федерации.

5. Обстоятельства непреодолимой силы

5.1 Стороны освобождаются от ответственности по настоящему Договору в случае возникновения обстоятельств непреодолимой силы, независящих от воли сторон и препятствующих выполнению принятых ими на себя обязательств, а именно: пожаров, стихийных бедствий, военных действий, забастовок, действий и решений органов государственной власти и других подобных обстоятельств.

5.2 О наступлении обстоятельств, указанных в п.5.1., сторона в течение 3 (трех) суток обязана в письменном виде известить другую сторону. Извещение должно содержать данные о характере обстоятельств, а также оценку их влияния на возможность срок исполнения стороной своих обязательств по настоящему Договору.

6. Иные условия, определяемые по соглашению сторон

6.1 Все изменения, дополнения, приложения к настоящему Договору принимаются только в письменном виде и должны быть подписаны уполномоченными представителями сторон.

6.2 Во всем остальном, не предусмотренном настоящим Договором, стороны руководствуются действующим законодательством.

6.3 Медицинская документация хранится у Исполнителя и является неотъемлемой частью настоящего Договора.

6.4 Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, один экземпляр находится у Исполнителя, другой – у Представителя пациента».

7. Конфиденциальность

7.1 Стороны обязуются сохранять конфиденциальность в вопросах, связанных с выполнением пунктов настоящего Договора. Конфиденциальной, по настоящему Договору, признается информация о состоянии здоровья, персональные данные пациента и Представителя пациента.

7.2 При возникновении разногласий Сторон по вопросам качества оказанных услуг, Исполнитель вправе передавать компетентным специалистам и/или экспертам по профилю оказываемых услуг, всю медицинскую документацию и сообщать иную информацию в целях проверки и установления соответствия качества услуг.

7.3 Представитель пациента своей волей и в своем интересе в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006г. №152-ФЗ «О персональных данных», Основами законодательства РФ об охране здоровья граждан №5487-1 и иными нормативно-правовыми актами принял решение о предоставлении своих персональных данных и дает согласие на их обработку Исполнителю в целях организации оказания медицинских услуг, проведения необходимых медицинских экспертиз, на совершение следующих действий с персональными данными: сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в т.ч. передача), обезличивание, блокирование, уничтожение.

8. Подписи и реквизиты сторон:

Исполнитель:

Заказчик:

Исполнитель:

ООО «Детский лечебно-диагностический центр «Бейби-Мед»,
188330, Ленинградская область, Гатчинский р-н,
г. Гатчина, пер. Госпитальный, д.15а
тел./факс : 8 (81371) 22039
моб. тел. : +7(921)566-65-32, 8(931) 321-58-35

ИНН/ КПП 4705056546/470501001
ОГРН 1124705000518
р/с 40702810955000053191
в СЕВЕРО-ЗАПАДНЫЙ БАНК
ПАО СБЕРБАНК
К/С 30101810500000000653 в СЕВЕРО-ЗАПАДНОЕ ГУ
БАНКА РОССИИ
БИК 044030653 ИНН 7707083893 КПП 784243001
Генеральный директор:

Представитель пациента

Ф.И.О.:

Паспорт: серия _____ номер _____

Кем выдан: _____

Прочитал(а) и понял(а) все условия настоящего Договора,
порядок оплаты, тарифы на услуги Исполнителя

Представитель пациента:

_____/ Л.Е. Купянская/

« _____ » _____ 20 _____ г.

М.П. « _____ » _____ 20 _____ г.

№ 010699



СЕРТИФ. ЛО

КОМИТЕТ ПО ЗАРОВОХРАЩЕНИЮ
ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ
ПРИЛОЖЕНИЕ К ЛИЦЕНЗИИ

ПРИЛОЖЕНИЕ № 1
к лицензии № ДР-Л/01.001.195 от 09/09 апреля 2015г.
на осуществление медицинской деятельности
лицензиата (область, муниципальное образование, территория с указанием организационно-правовой формы юридического лица и
места оказания услуг)

Общество с ограниченной ответственностью «Детский лечебно-
диагностический центр «Бейби-Мед»
ООО «ДЛДЦ «Бейби-Мед»

188306, Ленинградская область, г. Гатчина, пер. Госпитальный, д. 15а.

2. При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и
специализированной медико-санитарной помощи организуются и выполняются
следующие работы (услуги):

1) при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных
условиях по:
вакцинации термостабильно-профилактических прививок;

лабораторной диагностике;

медикаментозной помощи;

оказанию первой помощи;

оказанию неотложной помощи;

оказанию психологической помощи;

оказанию психиатрической помощи;

оказанию психологической помощи;

оказанию психиатрической помощи;

оказанию психологической помощи;

оказанию психиатрической помощи;

оказанию психологической помощи;

оказанию психиатрической помощи;

оказанию психологической помощи;

оказанию психиатрической помощи;

оказанию психологической помощи;

оказанию психиатрической помощи;

оказанию психологической помощи;

оказанию психиатрической помощи;

оказанию психологической помощи;

оказанию психиатрической помощи;

оказанию психологической помощи;

оказанию психиатрической помощи;

оказанию психологической помощи;

оказанию психиатрической помощи;

оказанию психологической помощи;

оказанию психиатрической помощи;

оказанию психологической помощи;

оказанию психиатрической помощи;

оказанию психологической помощи;

оказанию психиатрической помощи;

оказанию психологической помощи;

оказанию психиатрической помощи;

оказанию психологической помощи;

оказанию психиатрической помощи;

оказанию психологической помощи;

оказанию психиатрической помощи;

оказанию психологической помощи;

оказанию психиатрической помощи;

оказанию психологической помощи;

оказанию психиатрической помощи;

оказанию психологической помощи;

Прессидиум Комитета
по здравоохранению Ленинградской области
ПРОФ. КОЖЕВНИКОВ НЕОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ ЧУДОВО ЛИЦЕНЗИИ

С.В. Волынецкий

неврологии;
оториноларингологии (за исключением хронической импактной);
травмотологии и ортопедии;
ультразвуковой диагностики;
функциональной диагностики;
эндоскопии;

7. При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и
медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги):
5) при проведении медицинских экспертиз по:
экспертизе временной нетрудоспособности.



Прессидиум Комитета
по здравоохранению Ленинградской области
С.В. Волынецкий

