**ДОГОВОР № ${ndog}**

**оказания платных медицинских услуг**

|  |  |
| --- | --- |
| г. Санкт-Петербург | «${d}»${monthrp} ${year}г. |

${clientLN} ${clientFN} ${clientMN} , именуем в дальнейшем "Пациент", с одной стороны и Общество с ограниченной ответственностью «ИНФИНИТИ» (ИНН 7810730632/ОГРН 1187847142724), именуемое в дальнейшем "Клиника", в лице генерального директора Горшковой Райханы Ринатовны, действующего на основании Устава, с другой стороны, совместно именуемые "Стороны", заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Клиника обязуется оказать Пациенту на возмездной основе медицинские услуги (далее - Услуги), а Пациент обязуется уплатить Клинике стоимость оказанных медицинских услуг в размере, порядке и сроки, которые установлены настоящим Договором.

1.2. Перечень Услуг, предоставляемых в соответствии с Договором, стоимость, сроки указываются в приложениях, являющихся неотъемлемой частью основного Договора.

1.3. Клиника оказывает услуги по месту своего нахождения по адресу: г. Санкт-Петербург, Московский пр-кт, дом 111, Литера А, помещение 2Н.

1.4. Сроки предоставления услуг согласуются сторонами при каждом последующем посещении и указываются в медицинской карте в виде записи о назначении следующего визита Пациента в Клинику.

1.5. Медицинские услуги должны быть предоставлены в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации, в том числе предъявляемыми к качеству медицинских услуг.

1.6. Оказанию медицинских услуг по настоящему Договору предшествует получение информированного добровольного согласия пациента (законного представителя пациента) в порядке, установленном действующим законодательством (Приложение № 1 к настоящему Договору).

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. Клиника обязуется:

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

а) о порядке оказания медицинской помощи и стандартах медицинской помощи, применяемых при предоставлении платных медицинских услуг;

б) сведениях 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.

2.1.2. Оказывать Пациенту услуги, предусмотренные Прейскурантом клиники на дату обращения Пациента.

2.1.3. Соблюдать порядки оказания медицинской помощи, утвержденные Министерством здравоохранения Российской Федераци

2.1.4. На основании письменного заявления Клиники представить ему необходимые документы и материалы для дальнейшей диагностики состояния здоровья Пациента и.

2.2. Пациент обязуется:

2.2.1. Соблюдать [Правила](consultantplus://offline/ref=2F22B7FB7F74F9BC1DED3FB18DF3C78742E19C35A8AF9213019256AB8FECE5DAF7557BFEDCDA3BBB9222AC43v5y5Q) оказания медицинских услуг, утвержденные Клиникой.

2.2.2. Оплачивать услуги Клиники в порядке, сроки и на условиях, которые установлены настоящим Договором.

2.2.3. Кроме того, Пациент обязан:

- информировать врача о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях;

- 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.

2.2.4. Извещать не позднее, чем за один рабочий день о невозможности планового посещения лечащего врача.

2.3. Клиника имеет право:

2.3.1. Получать от Пациента любую информацию, необходимую для исполнения своих обязательств по настоящему Договору. В случае непредставления, либо неполного или неверного предоставления Пациентом информации Клиника имеет право приостановить исполнение своих обязательств по настоящему Договору до предоставления необходимой информации.

2.3.2. Самостоятельно определять характер и объем исследований для установления диагноза и надлежащего лечения Пациента.

2.3.3. Не приступать к оказанию Услуг, а начатые Услуги приостановить в случае, неоплаты/несвоевременной оплаты Пациентом Услуг, в соответствии с Договором.

2.4. Пациент имеет право:

2.4.1. Получать от Клиники услуги в соответствии с [п. 1.1](#P35) настоящего Договора.

2.4.2. В доступной для него форме получить имеющуюся информацию о результатах обследования, наличие заболевания, возможных вариантах медицинского вмешательства и результатах проведения лечения. на основании письменного заявления. Оригинал медицинской карты является собственностью Клиники.

2.4.3. Отказаться от Услуги при условии оплаты расходов Клиники, связанных с оказанием Услуг. Услуги, оказанные Клиникой до момента такого отказа, оплачиваются Пациентом в полном объеме.

2.5. Клиника гарантирует Пациенту:

2.5.1. Уважительное и гуманное отношение со стороны медицинского и обслуживающего персонала.

2.5.2. Сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при его обследовании и лечении, кроме случаев, предусмотренных законом.

2.6 Клиника уведомляет Пациента о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Клиники, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой Услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента.

3. ПОРЯДОК ИСПОЛНЕНИЯ ДОГОВОРА

3.1. Подписываемые Сторонами [Акты](consultantplus://offline/ref=2F22B7FB7F74F9BC1DED3FB18DF3C78741ED943AAEAF9213019256AB8FECE5DAF7557BFEDCDA3BBB9222AC43v5y5Q) об оказании медицинских услуг являются подтверждением оказания услуг Клиникой Пациенту.

3.2. В случае отказа Пациента после заключения Договора от получения медицинских услуг или их части, Пациент оплачивает Клинике уже фактически понесенные Клиникой расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.

3.3. К отношениям, связанным с исполнением настоящего Договора, применяются положения [Закона](consultantplus://offline/ref=2F22B7FB7F74F9BC1DED23B18AF3C78746E09F39A0A1CF1909CB5AA988E3BADFE24423F1DBC125BE893EAE4156v0y7Q) Российской Федерации от 07.02.1992 N 2300-1 "О защите прав потребителей".

3.4. Клиника вправе привлекать для оказания платных медицинских услуг третьих лиц (медицинские и аптечные организации, лаборатории, экспертные учреждения, специалистов и пр.), имеющих соответствующие лицензии и/или разрешения. Клиника вправе действовать в качестве агента по поручению Пациента, и от своего имени, но за счет Пациента (в том числе за счет средств, которые были внесены в качестве оплаты услуг по настоящему Договору), организовать получение Пациентом этих услуг у третьих лиц. Способы фактической̆ организации привлечения третьих лиц к оказанию платных медицинских услуг и способы юридического оформления отношений с ними определяются Клиникой самостоятельно и не требуют согласования с Пациентом.

4. СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ

4.1. Оплата Услуг Клиники производится в соответствии с действующим на дату составления Прейскурантом, путем внесения наличных денежных средств в кассу Клиники, либо путем перечисления денежных средств на расчетный счет клиники.

4.2. За оказание Услуг производится 100 % предоплата. По соглашению сторон Клиника может предоставить Пациенту возможность поэтапной (частичной) ОПЛАТЫ Услуг.

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН И ФОРС-МАЖОРНЫЕ ОБСТОЯТЕЛЬСТВА

5.1. Клиника несет ответственность перед Пациентом за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего Договора, несоблюдение требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни Потребителя.

5.2. Клиника освобождается от ответственности при возникновении осложнений в результате оказания Услуг в случае:

5.2.1. непредставления Пациентом полной и достоверной информации, указанной в п. 2.2.4. Договора;

5.2.2. отказа Пациента от необходимости по медицинским показаниям дополнительного комплекса обследований или лечения;

5.2.3. наступления вредных эффектов (осложнений), соответствующих объему и характеру медицинского вмешательства и обусловленных анатомическими особенностями организма и/или выраженностью основного заболевания Пациента.

5.3. Если Клиника оказала Услуги надлежащего качества, то отсутствие ожидаемого результата не является основанием для признания Услуги, оказанной ненадлежащим образом.

5.4. Ни одна из Сторон не будет нести ответственности за полное или частичное неисполнение своих обязанностей, если неисполнение будет являться следствием обстоятельств непреодолимой силы, таких как пожар, наводнение, землетрясение, забастовки и другие стихийные бедствия, война и военные действия или другие обстоятельства, находящиеся вне контроля Сторон, препятствующие выполнению настоящего Договора.

Если любое из таких обстоятельств непосредственно повлияло на неисполнение обязательства в срок, указанный в Договоре, то этот срок соразмерно отодвигается на время действия соответствующего обстоятельства.

5.5. Сторона, для которой сделалось невозможным исполнение обязательств по Договору, обязана не позднее 5 (пяти) рабочих дней с момента их наступления и прекращения в письменной форме уведомить другую Сторону о наступлении, предполагаемом сроке действия и прекращении вышеуказанных обстоятельств.

5.6. Клиника и ее работники, оказывающие услуги по настоящему Договору, несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации за нарушение прав в сфере охраны здоровья, причинение вреда жизни и (или) здоровью при оказании Пациенту медицинской помощи.

6. СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ ПАЦИЕНТА

6.1. Пациент подтверждает свое согласие на обработку Клиникой своих персональных данных, включающих ФИО, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии здоровья, заболевания, случаях обращения за медицинской помощью – в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских Услуг по Договору, а так же в целях организации внутреннего учета Клиники. В процессе оказания Услуг по Договору Пациент предоставляет право Клинике передавать свои персональные данные, в том числе составляющие врачебную тайну, должностным лицам Клиники в интересах своего обследования, лечения, и внутреннего учета Клиники.

6.2. Клиника гарантирует конфиденциальность персональных данных Пациента за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством РФ.

6.3. Пациент предоставляет Клинике право осуществлять все действия со своими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование. Клиника вправе обрабатывать персональные данные Пациента путем внесения их в электронную базу данных Клиники.

6.4. Пациент дает согласие на получение рекламных и новостных сообщений о продуктах, услугах и деятельности Клиники путем распространения информации по сетям электросвязи, в том числе посредством рассылки писем на адрес электронной почты и смс сообщений на телефонный номер, указанные Пациентом в разделе 9 Договора.

6.5. Согласие действуют бессрочно до момента их отзыва Пациентом, который осуществляется путем направления в адрес Клиники по почте заказным письмом с уведомлением о вручении, либо путем вручения лично под расписку представителю Клиники письменного Заявления об отказе от предоставления настоящего согласия.

6.6. В случае получения Клиникой письменного заявления от Пациента об отзыве вышеуказанных согласий, Клиника обязана прекратить обработку персональных данных Пациента в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчета по оплате оказанных Пациенту до этого Услуг.

7. СРОКИ ПО ДОГОВОРУ

7.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания уполномоченными представителями Сторон и действует до полного исполнения Сторонами своих обязательств по нему.

8. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

8.1. Пациент подтверждает, что до подписания настоящего Договора, Клиника предоставила ему необходимые, полные и достоверные данные о качестве используемых препаратов и материалов, их особенностях, а также предоставил: документы о безопасности препаратов и материалов (сертификаты, декларации о соответствии), довела до сведения Пациента информацию о свойствах приобретаемых им Услуг, способе применения, противопоказаниях (при их наличии) предоставила всю необходимую информацию о Клинике, квалификации ее сотрудников (медицинских работников, оказывающих Услуги), предусмотренную требованиями Закона РФ «О защите прав потребителей̆», Постановления Правительства РФ от 04.10.2012 №1006.

8.2. Клиника имеет медицинскую лицензию №ЛО-78-01-011273 от «18» ноября 2020 года, выдана Комитетом по здравоохранению Санкт-Петербурга, бланк серия ЛО-1 №030591, ЛО-1 №030592, местонахождение и место осуществления лицензируемого вида деятельности:196084, г. Санкт-Петербург, Московский проспект, дом 111, литера А, часть помещения 2-Н, (часть пом. 15, пом.16,17, часть пом. 18, 19, пом. 20-27, часть пом. 29,30, пом. 31) и МОП. Перечень работ (услуг):при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: вакцинации (проведению профилактических прививок), лечебной физкультуре, медицинской статистике, медицинскому массажу, организации сестринского дела, сестринскому делу, сестринскому делу в косметологии, стоматологии, стоматологии профилактической, физиотерапии, функциональной диагностике, при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: вакцинации(проведению профилактических прививок), общей врачебной практике (семейной медицине), организации здравоохранения и общественному здоровью, терапии, управлению сестринской деятельностью, при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии ( за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности), гастроэнтерологии, дерматовенерологии, диетологии, кардиологии, косметологии, лечебной физкультуре и спортивной медицине, мануальной терапии, неврологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, ортодонтии, остеопатии, оториноларингологии ( за исключением кохлеарной имплантации), офтальмологии, профпатологи, психиатрии, психиатрии-наркологии, психотерапии, рефлексотерапии, сердечно-сосудистой хирургии, стоматологии детской, стоматологии общей практики, стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической, стоматологии хирургической, травматологии и ортопедии, ультразвуковой диагностике, управлению сестринской деятельностью, урологии, физиотерапии, функциональной диагностике, хирургии. эндокринологии. При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги): при проведении медицинских осмотров по: медицинским осмотрам (предварительным, периодическим), медицинским осмотрам (предрейсовым, послерейсовым); при проведении медицинских освидетельствований: медицинскому освидетельствованию на наличие медицинских противопоказаний к управлению транспортным средством, медицинскому освидетельствованию на наличие медицинских противопоказаний к владению оружием; при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе качества медицинской помощи, экспертизе профессиональной пригодности, экспертизе временной нетрудоспособности. Лицензия предоставлена на основании решения лицензирующего органа – приказ от 18 ноября 2020 г. №3575-п. Адрес Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга: 191023, Санкт-Петербург, Малая Садовая ул., д. 1, тел. (812) 63-555-64, факс: (812) 314-18-14.

8.3. Подписание Договора подтверждает, что Пациент ознакомился с «Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам РФ медицинской помощи в г. Санкт-Петербурге», об условиях и сроках получения бесплатной медицинской помощи. Ему разъяснен порядок оказания бесплатной медицинской помощи. Пациент ознакомлен с тем, что может получить аналогичную медицинскую помощь также в других медицинских организациях на других условиях. Получив от сотрудников Клиники полную информацию о возможности и условиях предоставления ему бесплатных медицинских услуг, дает свое согласие на оказание ему платных медицинских услуг и готов их оплатить. Пациент информирован, что может получить как один из видов платных медицинских услуг, так и одновременно несколько видов медицинских услуг. (Постановление Правительства РФ от 28 декабря 2020 г. № 2299 “ и Закон Санкт-Петербурга от 19 декабря 2019 года 682-150).

9. АДРЕСА, РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

|  |  |
| --- | --- |
| Пациент ${clientLN} ${clientFN} ${clientMN},  Дата рождения: ${clientBD}    Место рождения: ${clientBP}  Паспорт: ${clientsPN}  выдан ${clientsPD}    Адрес регистрации: ${clientsPassportsRegistration}  Фактический адрес: ${clientsPhonesPhone} ${clientsPassportsResidence}  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/${cfn}.${cmn}. ${clientLN} / (подпись) (расшифровка подписи) | Клиника  ООО «ИНФИНИТИ»  196006, город Санкт-Петербург, Московский пр-кт, дом 111, Литера А, помещение 2Н  ОГРН 1187847142724  Запись в ЕГРЮЛ от 22.05.2018, зарегистрировано ИНФС №15 по Санкт-Петербургу,  ИНН/КПП 7810730632/781001001  Расчетный счет 40702810600700212474  Банк: ПАО Банк «Александровский» г. Санкт-Петербург  к/с 30101810000000000755  БИК банка: 044030755  Генеральный директор  ООО «ИНФИНИТИ»  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/Р. Р. Горшкова/  М.П. |

**Приложение № 1**

**К договору оказания платных медицинских услуг**

**№ \_\_\_** **${ndog} \_\_\_\_\_\_\_ от «\_${d} \_» \_\_** **${monthrp} \_** **${year} г.**

Информированное добровольное согласие Пациента

Я ${clientLN} ${clientFN} ${clientMN} \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество - полностью)

${clientBY} года рождения, проживающий(ая) по адресу: ${clientsPassportsResidence}

поставлен (поставлена) в известность, что мне будут предоставляться платные медицинские услуги в медицинской клинике ООО «ИНФИНИТИ».

- Мне, согласно моей воли даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания (здоровья представляемого);

- Я ознакомлен (ознакомлена) с распорядком и правилами лечебно-охранительного режима, установленного в данном лечебно-профилактическом учреждении, и обязуюсь их соблюдать;

- Добровольно даю свое согласие на проведение мне (представляемому), в соответствии с назначениями врача, диагностических исследований: анализа крови общего и биохимического, исследований крови на наличие вируса

иммунодефицита человека, вирусных гепатитов, бледной трепонемы, анализа мочи общего, электрокардиографии; проведения рентгеновских, ультразвуковых и эндоскопических исследований и лечебных мероприятий: прием таблетированных препаратов, инъекций, внутривенных вливаний, диагностических и лечебных пункций, физиотерапевтических процедур. Необходимость других методов обследования и лечения будет мне разъяснена дополнительно;

- Я информирован (информирована) о целях, характере и неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также о том, что предстоит мне (представляемому) делать во время их проведения;

- Я извещен (извещена) о том, что мне (представляемому) необходимо регулярно принимать назначенные препараты и другие методы лечения, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых, не прописанных лекарств;

- Я предупрежден (предупреждена) и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима приема препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и

отрицательно сказаться на состоянии здоровья;

- Я поставил (поставила) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время

жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств;

- Я согласен (согласна) на осмотр другими медицинскими работниками и студентами медицинских вузов и колледжей исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны;

- Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на обследование и лечение в предложенном объеме;

- Разрешаю, в случае необходимости, предоставить информацию о моем диагнозе, степени тяжести и характере моего заболевания моим родственникам, законным представителям, гражданам: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

"\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года.

Подпись пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

Расписался в моем присутствии:

Врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

(Должность, И.О. Фамилия)

**Приложение № 2**

**К договору оказания платных медицинских услуг**

**№ ${ndog} от «${d} » ${monthrp} ${year}г.**

**Акт об оказании платных медицинских услуг**

|  |  |
| --- | --- |
| г. Санкт-Петербург |  |

${clientLN} ${clientFN} ${clientMN}, именуем\_\_\_\_в дальнейшем **"Пациент"**, с одной стороны и **Общество с ограниченной ответственностью «ИНФИНИТИ» (ИНН 7810730632, ОГРН 1187847142724)**, лицензия на осуществление медицинской деятельности от "18" ноября 2020 г. N ЛО-78-01-011273 предоставлена Комитетом по здравоохранению, адрес: Санкт-Петербурга, Малая Садовая ул., 1/25, Санкт-Петербург (этаж 3), телефон: (812) 63-555-64, именуемое в дальнейшем **"Клиника",** в лице генерального директора Горшковой Райханы Ринатовны, действующего на основании Устава, с другой стороны, совместно именуемые **"Стороны"**, составили настоящий Акт о нижеследующем:

1. В соответствии с условиями Договора оказания платных медицинских услуг от "${d}" ${monthrp} ${year}г. N ${ndog} (далее - Договор) Клиникой оказаны услуги, включающие:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| N п/п | Код медицинской услуги | Наименование медицинской услуги | Стоимость услуги, руб. |
| ${arn} | ${avrSerCode} | ${avrServiceName} | ${avrServicePrice} |

2. Услуги оказаны в полном объеме.

3. Замечаний к качеству проведенных услуг и предоставленных клиникой лекарственным препаратам, средствам, материалам не имеется.

4. Стоимость оказанных услуг составляет \_${avrServiceSumm}\_\_\_\_ (\_${avrServiceSummText}) рублей.

5. Настоящий Акт составлен в двух экземплярах, по одному для каждой из Сторон.

6. Подписи Сторон

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Пациент: |  | Клиника: |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/  *(подпись/Ф.И.О.)* |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/  *(подпись/Ф.И.О.)* |

|  |  |
| --- | --- |
| **ООО «ИНФИНИТИ»**  **infinity-clinic.ru**  **ИНН 780730632**  **Медлицензия ЛО-78-01-009145**  **Санкт-Петербург, Московский проспект, 111**  **Телефон +7 (812) 401 60 33 info@ infinity-clinic.** | Приложение №1  К приказу министерства здравоохранения  Российской Федерации  От 15 декабря 2014 г.№834н  Код формы по ОКУД\_\_\_\_\_\_\_\_  Код формы по ОКПО\_\_\_\_\_\_\_\_  от 15 декабря 2014 г. № 834н  Учетная форма № 025\у  Утверждена приказом Минздрава России  от 15 декабря 2014 г. №834н |

**МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА  
ПАЦИЕНТА, ПОЛУЧАЮЩЕГО МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ**

|  |  |
| --- | --- |
| **В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ \_${nak}\_\_\_\_\_** |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1**. **Дата заполнения медицинской карты: число** | 2 | **месяц** | августа | **год** | 2021 |

|  |  |
| --- | --- |
| **2. Фамилия, имя, отчество** | Иванов Иван Иванович |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **3. Пол: муж. - 1, жен. - 2** | **4. Дата рождения: число** | 01 | **месяц** | 07 | **год** | 1963 |

|  |  |
| --- | --- |
| **5. Место регистрации: субъект Российской Федерации** | г. Санкт-Петербург |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **район** |  | **город** |  | **населенный пункт** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **улица** | Московский проспект | **дом** | 111 | **квартира** | 5 | **тел.** |  |

**6. Местность: городская - 1, сельская - 2**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **7. Полис ОМС: серия** | 5703 | **№** | 421563 | **8. СНИЛС** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **9. Наименование страховой медицинской организации** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **10. Код категории льготы** |  | **11. Документ** |  | **: серия** |  | **№** |  |

**12. Заболевания, по поводу которых осуществляется диспансерное наблюдение:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Дата начала диспансерного наблюдения** | **Дата прекращения диспансерного наблюдения** | **Диагноз** | **Код по МКБ-10** | **Врач** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**стр. 2 ф. № 025/у**

**13. Семейное положение:**  состоит в зарегистрированном браке – 1, не состоит в браке – 2, неизвестно – 3.

**14. Образование:** *профессиональное*: высшее – 1, среднее – 2; *общее*: среднее – 3, основное – 4, начальное – 5; неизвестно – 6.

**15. Занятость:** работает – 1, проходит военную службу и приравненную к ней службу – 2; пенсионер(ка) – 3, студент(ка) – 4,  
не работает – 5, прочие – 6.

**16. Инвалидность (первичная, повторная, группа, дата)**

**17. Место работы, должность**

**18. Изменение места работы**

**19. Изменение места регистрации**

**20. Лист записи заключительных (уточненных) диагнозов:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Дата (число, месяц, год)** | **Заключительные (уточненные) диагнозы** | **Установлен­ные впервые или повторно (+/-)** | **Врач** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **21. Группа крови** |  | **22. Rh-фактор** |  | **23. Аллергические реакции** |  |