

Информация

о целях, методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисками, возможных вариантах видов вмешательств, порядке предоставления и оплаты медицинских услуг, предоставляемых в ООО «СИНОФАРМ СПб»

В соответствии с действующим прейскурантом Пациент оплачивает стоимость медицинских услуг в соответствии с ним за счет своих личных средств и иных источников дохода, не запрещенных действующим законодательством. Оплаченные денежные средства за качественно оказанные услуги, соответствующие стандарту, возврату не подлежат.

В соответствии с требованиями п. 24 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства РФ от 11 мая 2023 года №736, до заключения договора пациент уведомлен о том, что:

-несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского персонала, представляющего платную медицинскую услугу, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии его здоровья.

-необходимо регулярно посещать лечебные процедуры в соответствии с планом лечения, немедленно сообщать о любом ухудшении самочувствия.

До заключения договора пациенту разъяснены:

-состояние его (представляемого) здоровья, диагноз заболеваний, изложены цели, характер, способы необходимых диагностических и лечебных вмешательств и, возможные медико-социальные, психологические, экономические и другие последствия:

1. обострение заболевания после 1-5 сеансов проводимого лечения;
2. проявления сосудистой реакции во время проведения сеанса лечения;
3. мышечная боль, дискомфорт
4. множественные гематомы

Настоящим Пациент дает согласие на выполнение ему (представляемому) следующих медицинских вмешательств (подчеркнуть или дополнить необходимое):

- Прием (осмотр, консультация) врача _____

- Сеанс рефлексотерапии, по показаниям может включать такие методы, как:

-корпоральная иглорефлексотерапия, аурикулярная рефлексотерапия (микроиглы)

-вакуумное воздействие

-термовоздействие (прогревание сигары, моксы)

-мануальная терапия

-точечный массаж

-фитотерапия

Пациенту предоставлена информация, что в ходе выполнения указанных выше медицинских вмешательств может возникнуть необходимость выполнения другого исследования, или изменение объема медицинского вмешательства или оперативной помощи в целях улучшения его (представляемого) здоровья.

Перечень негативных последствий, которые могут наступить в результате:

- сокрытия информации об имеющихся заболеваниях, принимаемых препаратах, проведенных операциях, и прочей информации о состоянии здоровья и образе жизни,
- несоблюдение режима лечения, рекомендаций медицинских работников
- несоблюдение графика наблюдения у лечащего врача, плана лечения
- досрочного самостоятельного прерывания лечения, отказа от лечения

В соответствии со статьями 9 и 11 Федерального закона от 27 июля 2006 года №152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие ООО «СИНОФАРМ СПб», юридический адрес 196084, г. Санкт-Петербург, наб. Обводного канала, д. 92, литер А, помещение 8 Н, комната 8, на автоматизированную, а также без использования автоматизации, обработку моих персональных и биометрических данных. Настоящее согласие действует со дня его подписания до дня отзыва в письменной форме.

Я допускаю передачу сведений о моем здоровье, составляющих врачебную тайну, другим гражданам: главному врачу, лечащему врачу, другим врачам и медицинскому персоналу ООО «СИНОФАРМ СПб», в том числе другим врачам в интересах моего обследования и лечения, для проведения научных исследований, публикации в научной литературе, использования этих сведений в учебном процессе или иных целях

Кроме того, я даю согласие на получение от Клиники на мой электронный адрес _____ и/или номер телефона _____ (включая sms и e-mail рассылку, в том числе с применением средств автоматизации) информационных электронных и/или голосовых сообщений рекламного и иного характера, содержащих информацию об акциях и предложениях клиники, графике работы, видах деятельности, а также любые иные данные по усмотрению клиники.

(подпись)

(ФИО гр-на или законного представителя)

(подпись)

(ФИО медицинского работника)

« ____ » _____ г