

ДОГОВОР ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ в пользу несовершеннолетнего потребителя

Действует с 1 сентября 2026 года

Номер и дата	№ <НомерДоговора> <Дата> г. Кемерово
Представитель Исполнителя	Ф.И.О. <Администратор>; должность - администратор
Основание полномочий	Доверенность № <Номердоверенности> от <Датадоверенности>.
Потребитель (ребёнок)	Ф.И.О. <ФИОРебенка>, <ДатаРожденияРебенка>
Документ ребёнка	☐ свидетельство о рождении ☐ паспорт: Паспорт серия <ПаспортСерияРебенка> номер <ПаспортНомерРебенка>, выдан <ПаспортВыданРебенка>
Заказчик / законный представитель	Ф.И.О. <ФИО>
Статус представителя	☐ мать ☐ отец ☐ усыновитель ☐ опекун ☐ попечитель ☐ иной законный представитель
Паспорт представителя	Паспорт серия <ПаспортСерия> номер <ПаспортНомер>, выдан <ПаспортВыдан>, адрес <АдресРегистрации>
Основание полномочий	☐ свидетельство о рождении ☐ запись об усыновителе в свидетельстве о рождении ☐ акт органа опеки ☐ удостоверение опекуна/попечителя ☐ иной документ
Реквизиты основания	серия/номер <свидетельствоорожденииСерияРебенка> дата <свидетельствоорожденииНомерРебенка>, <свидетельствоорожденииДатаВыдачиРебенка>, кем <свидетельствоорожденииКемВыданРебенка> выдан
Адрес и контакты	адрес <АдресРегистрации>; тел. <Телефон>; e-mail <E-mail>
Проверка документов	Оригиналы проверены: администратор <Администратор> / _____ / дата <Дата>

Общество с ограниченной ответственностью «Медицинский центр «Мегаполис» (ООО «МЦ «Мегаполис»), ОГРН 1124205002415, ИНН 4205238146, адрес в пределах места нахождения: 650056, Россия, Кемеровская область - Кузбасс, г. Кемерово, ул. Марковцева, д. 10, помещения 132, 133, 134, осуществляющее медицинскую деятельность на основании лицензии № ЛО41-01161-42/00317988 от 19.12.2017, срок действия - бессрочно, именуемое «Исполнитель», в лице представителя, Ф.И.О., должность и реквизиты доверенности которого указаны выше, и указанное выше лицо, именуемое «Заказчик», заключающее договор в пользу несовершеннолетнего «Потребителя (Пациента)», заключили настоящий договор.

1. Предмет договора

1.1. Исполнитель обязуется предоставить Пациенту платные медицинские услуги, а Заказчик обязуется оплатить их. Перечень, стоимость, количество, сроки и этапы определяются действующим прейскурантом, записью на конкретную услугу, спецификацией (сметой), медицинской документацией и актом.

1.2. Услуги оказываются на основании лицензии, в соответствии с Федеральным законом № 323-ФЗ, Законом РФ № 2300-1, Правилами, утверждёнными постановлением Правительства РФ от 30.05.2026 № 659, порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций и с учётом стандартов медицинской помощи.

1.3. Платные медицинские услуги оказываются при наличии информированного добровольного согласия законного представителя Пациента, а в случаях, прямо предусмотренных законом, - самого несовершеннолетнего Пациента. Отдельные консультации, вмешательства и услуги сверх ранее согласованного объёма оказываются после предоставления необходимой информации и получения согласия в предусмотренной законом форме.

1.4. ООО «МЦ «Мегаполис» не участвует в реализации программы ОМС. До заключения договора Пациенту (Заказчику) предоставлена информация о возможности получения соответствующих видов и объёмов помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий и территориальной программы.

1.5. При необходимости лабораторных и иных исследований Исполнитель вправе привлекать лицензированные сторонние медицинские организации, включая клиничко-диагностические лаборатории, и передавать им биоматериал и необходимые сведения в предусмотренном законом объёме. Исполнитель отвечает за надлежащие забор, идентификацию, маркировку, временное хранение и передачу биоматериала в пределах выполняемых им действий. Привлечённая лаборатория самостоятельно отвечает за выполняемый ею лабораторный этап, соблюдение методик, внутренний контроль качества и достоверность сформированного результата. Если лабораторное исследование включено в договор и оплачено Исполнителю, права Пациента (Заказчика) и ответственность Исполнителя определяются законодательством Российской Федерации. Если пациент заключает отдельный договор и рассчитывается непосредственно с лабораторией, ответственность за лабораторную услугу несёт соответствующая лаборатория. Срок готовности результата может быть изменён по причинам, возникшим на лабораторном этапе; Исполнитель информирует пациента о ставшей ему известной задержке и принимает разумные меры для получения результата.

1.6. Иные способы заключения договора, в том числе дистанционный, могут применяться Исполнителем при наличии технической возможности в соответствии с законодательством Российской Федерации.

2. Права и обязанности сторон

2.1. Исполнитель обязан предоставить полную и доступную информацию об услугах, цене, сроках, медицинском работнике, рисках и возможных последствиях; оказать услуги качественно и безопасно; соблюдать врачебную тайну; вести медицинскую документацию; выдать кассовый документ и документы, предусмотренные законом.

2.2. Исполнитель вправе определять медицински обоснованный объём обследования и лечения; отказать в плановой услуге при наличии противопоказаний, отсутствии соответствующего лицензированного вида работ, состоянии опьянения, угрозе безопасности либо иной невозможности безопасно оказать услугу. При временном отсутствии выбранного медицинского работника, неисправности оборудования или иных объективных препятствиях Исполнитель предлагает получение услуги у другого медицинского работника соответствующей специальности и квалификации с согласия Законным представителем либо перенос записи на другую дату.

2.3. Права Пациента, включая получение информации и копий медицинских документов, выбор врача при наличии возможности, согласие на медицинское вмешательство или отказ от него, а также отказ от исполнения договора с оплатой фактически понесённых Исполнителем расходов, осуществляет его законный представитель. Несовершеннолетнему Пациенту информация предоставляется в доступной возрасту форме; его мнение учитывается в случаях и порядке, предусмотренных законом.

2.4. Законный представитель и Пациент в пределах, соответствующих возрасту и состоянию Пациента обязаны сообщить достоверные сведения, влияющие на безопасность лечения; соблюдать назначения и рекомендации медицинских работников, правила поведения и санитарно-противоэпидемический режим; своевременно информировать Исполнителя об изменении состояния здоровья Пациента; оплатить услуги; прибыть за 15 минут до назначенного времени; после оказания услуги подписать акт либо изложить мотивированные замечания.

2.4.1. До начала оказания услуг Заказчик и Пациент в доступной возрасту форме уведомляются о том, что несоблюдение назначений и рекомендаций медицинских работников, в том числе режима лечения, сроков обследования, приёма лекарственных препаратов и последующего наблюдения, может снизить качество и результативность медицинской помощи, увеличить сроки лечения, сделать невозможным его завершение в планируемый срок или неблагоприятно повлиять на состояние здоровья Пациента. В клинически значимых случаях такое уведомление и отказ от выполнения рекомендаций оформляются отдельно в письменной форме.

2.5. При опоздании более чем на 15 минут Исполнитель вправе перенести приём либо сократить его только при сохранении качества и безопасности, поскольку опоздание не должно нарушать права следующих пациентов.

2.6. В исключительных случаях приём может начаться с задержкой до 20 минут в связи с оказанием помощи пациенту со сложным медицинским случаем, необходимостью завершить неотложные диагностические или лечебные мероприятия либо иной объективной клинической причиной. Администратор по возможности информирует ожидающего пациента. При задержке свыше 20 минут пациенту предлагаются доступные варианты: продолжить ожидание, перенести запись либо записаться к другому специалисту соответствующего профиля при наличии возможности.

2.7. Пациент, законный представитель и сопровождающие обязаны уважительно относиться к работникам и другим посетителям. Не допускаются оскорбления, угрозы, нецензурная брань, агрессивное поведение, физическое воздействие, воспрепятствование оказанию помощи и нарушение общественного порядка. При нарушении Исполнитель вправе потребовать прекратить противоправное поведение, пригласить администратора, охрану или полицию, а также приостановить либо перенести плановое обслуживание, если это не создаёт угрозы жизни Пациента и здоровью окружающих. Решение об отказе лечащего врача от наблюдения и лечения принимается только в порядке, установленном законом.

2.7.1. При временной невозможности оказания услуги, в том числе вследствие санитарных, ремонтных, технических или иных организационных мероприятий, Исполнитель уведомляет Заказчика и/или Пациента доступным способом и предлагает перенос записи, оказание услуги другим медицинским работником соответствующей специальности при наличии возможности либо возврат уплаченной суммы за неоказанную услугу.

2.8. Аудиозапись пациентом собственной консультации для личных целей допускается после предварительного уведомления медицинского работника, если она не нарушает права третьих лиц, врачебную тайну, работу персонала и порядок оказания помощи. Фото- и видеосъёмка в кабинете, а также съёмка работников допускается по предварительному согласованию с лицами, попадающими в кадр. Не допускается съёмка других пациентов, их сопровождающих, медицинских документов, экранов информационных систем и разговоров, содержащих сведения о состоянии здоровья третьих лиц. Обнародование и дальнейшее использование изображения осуществляется с соблюдением законодательства, включая статью 152.1 ГК РФ. При нарушении указанных требований Исполнитель вправе потребовать прекратить съёмку и исключить из кадра сведения о третьих лицах.

3. Запись, отмена, неявка и предоплата

3.1. Запись доступна через регистратуру, телефон, официальный сайт, мобильное приложение, ПроДокторов, НаПоПравку, СберЗдоровье и иные используемые Исполнителем сервисы. Запись и организационные действия по её оформлению бесплатны.

3.2. Пациент (Заказчик) обязан уведомить Исполнителя об отмене или переносе не менее чем за 24 часа до приёма по телефону, через сайт/приложение, соответствующий сервис записи либо иным позволяющим подтвердить уведомление способом.

3.3. При своевременной отмене предоплата возвращается полностью либо по выбору Пациента засчитывается в будущую услугу. Возврат производится тем же способом, которым внесена оплата, в срок до 10 банковских дней после получения необходимых реквизитов.

3.4. При отмене менее чем за 24 часа либо неявке Исполнитель вправе удержать из предоплаты исключительно документально подтверждённые фактически понесённые расходы, непосредственно связанные с исполнением конкретной записи, по

утверждённой калькуляции. Удержание не является штрафом, неустойкой или платой за запись. Неиспользованный остаток возвращается в течение 10 банковских дней.

3.5. К расходам могут относиться фактические затраты на сторонний сервис записи, SMS/push/телефонное уведомление, действия контакт-центра и администратора, использование МИС, подготовку кабинета, оборудования или материалов — только при наличии подтверждения, причинной связи и утверждённой калькуляции.

3.6. При двух и более неявках либо поздних отменах за последние три месяца Исполнитель вправе устанавливать для последующих плановых записей 100% предоплату. Это организационная мера, не отказ в медицинской помощи. При явке обеспечительный платёж полностью засчитывается в стоимость услуги.

3.7. Условия настоящего раздела применяются с учётом ст. 32 Закона РФ «О защите прав потребителей» и ст. 782 ГК РФ. Пациент вправе запросить расчёт и документы, подтверждающие удержанные расходы.

4. Стоимость и расчёты

4.1. Цена определяется прейскурантом, действующим на момент согласования услуги, и спецификацией/сметой. Смета может быть твёрдой или приблизительной.

4.2. При возникновении медицинских показаний к дополнительным платным услугам, не предусмотренным согласованным перечнем или сметой, Исполнитель до их оказания сообщает Заказчику и Пациенту в доступной возрасту форме причины назначения, наименование, объём и стоимость таких услуг. Дополнительные услуги оказываются только после согласования с Заказчиком и получения медицинского согласия Законным представителем в предусмотренной законом форме, за исключением случаев необходимости экстренного медицинского вмешательства для устранения угрозы жизни при невозможности получить волеизъявление уполномоченного лица.

4.3. Заказчику выдаётся кассовый чек. По заявлению выдаются документы для социального налогового вычета в порядке, установленном законодательством.

4.4. Медицинская помощь при состояниях, требующих оказания экстренной медицинской помощи, оказывается безотлагательно и без взимания платы в случаях и порядке, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

5. Приёмка услуг и акт

5.1. После оказания каждой услуги Пациент (Заказчик) подписывает акт об оказании платных медицинских услуг.

5.2. Замечания указываются в акте либо направляются Исполнителю. Отказ или невозможность подписания акта не отменяет факт оказания, если он подтверждён медицинской документацией, МИС, кассовым документом, результатом исследования и другими допустимыми доказательствами; представитель Исполнителя составляет односторонний акт.

5.3. Подписание акта без замечаний подтверждает факт и объём оказанных услуг, но не лишает потребителя прав, предоставленных законом, включая право предъявить требования по скрытым недостаткам.

6. Ответственность и споры

6.1. Стороны отвечают по законодательству Российской Федерации. Условия договора не ограничивают обязательную ответственность Исполнителя.

6.2. Исполнитель не отвечает за последствия, непосредственно вызванные сокрытием существенной информации, невыполнением назначений или самовольным прекращением лечения, только при отсутствии нарушений со стороны Исполнителя и наличии причинной связи.

6.3. Обращения направляются по адресу Исполнителя или электронной почте info.megapolis-med@mail.ru. Денежные требования рассматриваются в сроки, установленные Законом РФ «О защите прав потребителей», иные обращения - в установленные законом сроки. Споры разрешаются в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации. Территориальная подсудность определяется в соответствии с законодательством Российской Федерации.

6.4. Обращения, связанные с качеством и безопасностью медицинской деятельности, при необходимости рассматриваются врачебной комиссией Исполнителя с изучением медицинской документации. Рассмотрение обращения врачебной комиссией не является обязательным досудебным порядком и не ограничивает право Заказчика, законного представителя или Пациента обратиться в суд, государственные органы либо использовать иные предусмотренные законом способы защиты прав.

7. Срок и прочие условия

7.1. Договор вступает в силу с даты подписания и действует до его прекращения по основаниям, предусмотренным договором или законодательством Российской Федерации. Прекращение договора не освобождает стороны от исполнения обязательств, возникших в период его действия.

7.2. Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу: по одному для Исполнителя и Заказчика (законного представителя Пациента). Приложения и оформленные по договору спецификации и акты являются его неотъемлемой частью.

7.3. Обязательная обработка персональных данных осуществляется на основаниях закона и договора. Согласия, требуемые законом, оформляются отдельно. Рекламные сообщения направляются только по отдельному добровольному согласию.

8. Реквизиты и подписи

Общество с ограниченной ответственностью «Медицинский центр «Мегаполис» (ООО «МЦ «Мегаполис»)
650056, Россия, Кемеровская область — Кузбасс, г. Кемерово, ул. Марковцева, д. 10, помещения 132, 133, 134
ИНН 4205238146; КПП 420501001; ОГРН 1124205002415
Кемеровское отделение № 8615 ПАО Сбербанк
р/с 40702810226000021930; к/с 30101810200000000612; БИК 043207612
тел.: +7 (3842) 65-70-30; сайт: https://mc-megapolis.ru/

Исполнитель Ф.И.О. <Администратор> Должность - администратор	Заказчик / законный представитель _____/ <ФИО> <Дата>
--	---

Доверенность № <Номердоверенности> от <Датадоверенности>.Подпись _____ М.П.	
--	--

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Действует с 1 сентября 2026 года

Ребёнок	Ф.И.О. <ФИОРебенка>; <ДатаРожденияРебенка>
Законный представитель	Ф.И.О. <ФИО>. Законный представитель Пациента, сведения о котором и основание полномочий указаны в договоре № <НомерДоговора> от <Дата>
Документы	Паспорт представителя <ПаспортСерия> номер <ПаспортНомер>, выдан <ПаспортВыдан>, адрес <АдресРегистрации>; Законный представитель Пациента, сведения о котором и основание полномочий указаны в договоре № <НомерДоговора> от <Дата>

1. Информирование о возможности получения медицинской помощи без взимания платы

Я проинформирован(а), что соответствующие виды и объёмы медицинской помощи могут быть получены без взимания платы в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий. ООО «МЦ «Мегаполис» не участвует в реализации программы обязательного медицинского страхования.

Мне разъяснено, что выбор получения медицинских услуг за плату является добровольным и не лишает меня права на бесплатную медицинскую помощь в медицинских организациях, участвующих в реализации указанных программ.

Исполнитель Уполномоченный представитель по доверенности _____/ <Администратор> М.П. (при наличии)	Субъект персональных данных / законный представитель _____/ <ФИО> <Дата>
---	--

2. Согласие на обработку и передачу персональных данных

Я свободно, своей волей и в своём интересе даю ООО «МЦ «Мегаполис» согласие на обработку моих персональных данных в случаях, когда законодательство требует такого согласия. Обрабатываемые данные могут включать: фамилию, имя, отчество; дату и место рождения; пол; адрес; телефон и электронную почту; данные документа, удостоверяющего личность; СНИЛС; сведения о полисах ОМС и ДМС; платёжные сведения; сведения о состоянии здоровья, диагнозах, обследованиях, медицинских вмешательствах и лечении.

Цели обработки: заключение и исполнение договора; организация и оказание медицинской помощи; ведение медицинской документации и учёта; проведение расчётов; предоставление справок, заключений, результатов исследований и иных документов; связь по вопросам записи и лечения; исполнение обязанностей медицинской организации.

Действия с данными: сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение, извлечение, использование, предоставление и передача, обезличивание, блокирование, удаление и уничтожение с применением средств автоматизации или без них.

Я согласен(на) на передачу в объёме, необходимом для указанных целей, моих персональных данных, включая сведения о здоровье, лицензированным клинико-диагностическим лабораториям и иным медицинским организациям, привлекаемым для исполнения договора, организациям и информационным системам, обеспечивающим запись, хранение и законный обмен медицинской информацией, а также государственным органам и информационным системам в случаях, предусмотренных законодательством. Получатели обязаны соблюдать конфиденциальность, врачебную тайну и требования к защите персональных данных.

Согласие действует до достижения целей обработки или его отзыва, кроме обработки и хранения, обязательных по закону. Отзыв направляется письменным заявлением либо иным способом, позволяющим подтвердить его получение. Отказ или отзыв не препятствует обработке, допустимой без согласия в силу закона или необходимой для исполнения договора.

Исполнитель Уполномоченный представитель по доверенности _____/ <Администратор> М.П. (при наличии)	Субъект персональных данных / законный представитель _____/ <ФИО> <Дата>
---	---

УВЕДОМЛЕНИЕ И СОГЛАСИЕ НА ВИДЕОНАБЛЮДЕНИЕ

Действует с 1 сентября 2026 года

Ребёнок	Ф.И.О. <ФИОРебенка>; <ДатаРожденияРебенка>
Законный представитель	Ф.И.О. <ФИО>; Законный представитель Пациента, сведения о котором и основание полномочий указаны в договоре № <НомерДоговора> от <Дата>
Документы	Паспорт представителя <ПаспортСерия> номер <ПаспортНомер>, выдан <ПаспортВыдан>, адрес <АдресРегистрации>; Законный представитель Пациента, сведения о котором и основание полномочий указаны в договоре № <НомерДоговора> от <Дата>

Я уведомлен(а), что в общих зонах помещений ООО «МЦ «Мегаполис», включая входную зону, регистратуру, коридоры и зоны ожидания, ведётся видеонаблюдение. Его целями являются обеспечение безопасности жизни, здоровья и законных интересов пациентов, сопровождающих лиц и работников; охрана имущества; предупреждение и расследование инцидентов; контроль организации и надлежащего качества обслуживания.

Видеонаблюдение осуществляется в соответствии с законодательством Российской Федерации и локальным положением ООО «МЦ «Мегаполис». Зоны видеонаблюдения обозначаются информационными табличками. Записи не предназначены для свободного распространения или рекламного использования; доступ к ним предоставляется только уполномоченным лицам и государственным органам при наличии законного основания. Сроки хранения и порядок уничтожения записей определяются локальным положением. Видеонаблюдение не ведётся в санитарных комнатах, раздевалках и иных местах, где оно может нарушать достоинство и разумное ожидание приватности. Аудиозапись настоящим согласием не разрешается.

Отдельно выражаю свою волю в отношении видеонаблюдения в оборудованных камерами медицинских кабинетах во время оказания мне медицинских услуг:

☐ СОГЛАСЕН(НА) ☐ НЕ СОГЛАСЕН(НА)

на сбор, запись и хранение моего изображения и информации о факте нахождения в кабинете в целях безопасности, разбора инцидентов и контроля надлежащего качества оказания медицинских услуг. Такая запись допускается только при сохранении врачебной тайны, конфиденциальности и достоинства пациента и не применяется при осмотре или вмешательстве, предполагающем обнажение, если для этого не оформлено отдельное специальное согласие. Отказ от видеонаблюдения в медицинском кабинете не влияет на доступность, объём, стоимость и качество медицинской помощи.

Я ознакомлен(а) с положениями настоящего документа. Согласие может быть отозвано на будущее время письменным обращением в ООО «МЦ «Мегаполис» либо по электронной почте info.megapolis-med@mail.ru. Отзыв не влечёт уничтожения записей, которые должны храниться в силу закона или необходимы для установления, осуществления либо защиты законных требований.

Исполнитель Уполномоченный представитель по доверенности _____ М.П. (при наличии)	Заказчик / законный представитель _____ / <ФИО> <Дата>
--	---

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ**на виды медицинских вмешательств при получении первичной медико-санитарной помощи****для пациента, не достигшего возраста 15 лет**

Общество с ограниченной ответственностью «Медицинский центр «Мегаполис» (ООО «МЦ «Мегаполис»), ОГРН 1124205002415, ИНН 4205238146, адрес: 650056, Кемеровская область — Кузбасс, г. Кемерово, ул. Марковцева, д. 10, помещения 132, 133, 134, лицензия № Л041-01161-42/00317988 от 19.12.2017 (бессрочно)

Я, Ф.И.О. законного представителя <ФИО>**Дата рождения <ДатаРождения>****Адрес места жительства (пребывания) <АдресРегистрации>**Статус: ☐ мать ☐ отец ☐ усыновитель ☐ опекун ☐ попечитель ☐ иной законный представитель: _____

Документ, подтверждающий полномочия (вид, серия/номер, кем и когда выдан) законный представитель Пациента, сведения о котором и основание полномочий указаны в договоре № <НомерДоговора> от <Дата>

в отношении пациента (Ф.И.О.) <ФИОРебенка>**Дата рождения пациента <ДатаРожденияРебенка>****Адрес места жительства (пребывания) пациента <АдресРегистрации>**

Я добровольно даю информированное согласие на проведение в отношении указанного несовершеннолетнего пациента видов медицинских вмешательств, включённых в Перечень, утверждённый приказом Минздравсоцразвития России от 23.04.2012 № 390н, при выборе врача и ООО «МЦ «Мегаполис» для получения первичной медико-санитарной помощи на срок такого выбора.

Медицинским работником в доступной форме мне предоставлена полная информация о целях и методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных вариантах медицинских вмешательств, их последствиях, в том числе о вероятности развития осложнений, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи. Я имел(а) возможность задать вопросы и получил(а) понятные ответы.

Мне разъяснено право отказаться от одного или нескольких перечисленных вмешательств либо потребовать их прекращения, кроме случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ. Отказ оформляется в медицинской документации в установленном порядке после разъяснения возможных последствий.

Настоящее согласие распространяется только на перечисленные ниже вмешательства. Оно не заменяет отдельное информированное добровольное согласие, если его оформление предусмотрено законодательством либо требуется с учётом характера, способа выполнения и рисков конкретной медицинской манипуляции, исследования или лечения.

Перечень медицинских вмешательств

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование.
3. Антропометрические исследования.
4. Термометрия.
5. Тонометрия.
6. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций.
7. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций.
8. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).
9. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические.
10. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, реоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных).
11. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования.
12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно.
13. Медицинский массаж.
14. Лечебная физкультура.

Лица, которым может быть передана информация о состоянии здоровья пациента, в том числе после смерти пациента:

Ф.И.О., контактный телефон _____

☐ лиц не определяю

<Дата> _____

Пациент
<ФИО>

<Дата> _____

Медицинский работник
/<ФИОВрача>/, врач

УВЕДОМЛЕНИЕ И СОГЛАСИЕ ПО ЕГИСЗ

Действует с 1 сентября 2026 года

Ребёнок	Ф.И.О. <ФИОРебенка>; <ДатаРожденияРебенка>
Законный представитель	Ф.И.О. <ФИО>. Законный представитель Пациента, сведения о котором и основание полномочий указаны в договоре № <НомерДоговора> от <Дата>
Документы	Паспорт представителя <ПаспортСерия> номер <ПаспортНомер>, выдан <ПаспортВыдан>, адрес <АдресРегистрации>; Законный представитель Пациента, сведения о котором и основание полномочий указаны в договоре № <НомерДоговора> от <Дата>

Я уведомлен(а), что ООО «МЦ «Мегаполис» передаёт медицинскую документацию и сведения о состоянии здоровья в Единую государственную информационную систему в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ) в случаях и порядке, прямо установленных законодательством Российской Федерации. Такая обязательная передача не зависит от настоящего согласия.

В части, где законодательство требует согласия:

☐ СОГЛАСЕН(НА) ☐ НЕ СОГЛАСЕН(НА)

на обработку и передачу в ЕГИСЗ идентификационных данных и сведений о состоянии здоровья в целях законного информационного взаимодействия и предоставления доступа к электронной медицинской документации.

Согласие действует до достижения целей или его отзыва. Отзыв не прекращает обработку и передачу сведений, обязательных в силу закона.

Исполнитель Уполномоченный представитель по доверенности _____/ <Администратор> М.П. (при наличии)	Заказчик / законный представитель _____/ <ФИО> <Дата>
---	---

СОГЛАСИЕ НА ИНФОРМАЦИОННЫЕ И РЕКЛАМНЫЕ СООБЩЕНИЯ

Действует с 1 сентября 2026 года

Ребёнок	Ф.И.О. <ФИОРебенка>; <ДатаРожденияРебенка>
Законный представитель	Ф.И.О. <ФИО> Законный представитель Пациента, сведения о котором и основание полномочий указаны в договоре № <Номердоверенности> от <Датадоверенности>.
Документы	Паспорт представителя <ПаспортСерия> номер <ПаспортНомер>, выдан <ПаспортВыдан>, адрес <АдресРегистрации>; Законный представитель Пациента, сведения о котором и основание полномочий указаны в договоре № <Номердоверенности> от <Датадоверенности>.

Сервисные сообщения, необходимые для исполнения договора, включая подтверждение, перенос или отмену записи и уведомление о готовности результатов, направляются по указанным мной контактам в объёме, необходимом для обслуживания.

Отдельно выбираю:

☐ СОГЛАСЕН(НА) получать рекламные сообщения, информацию об акциях и специальных предложениях по SMS, телефону, электронной почте и в мессенджерах.

☐ НЕ СОГЛАСЕН(НА) получать рекламные сообщения.

Отказ от рекламных сообщений не влияет на оказание медицинских услуг. Согласие может быть отозвано в любое время.

Телефон: <Телефон>; E-mail: <E-mail>

Исполнитель Уполномоченный представитель по доверенности _____/ <Администратор> М.П. (при наличии)	Заказчик / законный представитель _____/ <ФИО> <Дата>
---	---

город Кемерово

<Дата>

Я, <ФИО> Паспорт: серия <ПаспортСерия> № <ПаспортНомер>, выдан <ПаспортКемВыдан>
<ПаспортДатаВыдачи> Зарегистрирован(а) по адресу: <АдресРегистрации>, фактическое место жительства:
<АдресПроживания>, контактный телефон: <Телефон>

настоящим предоставляю _____,
(ФИО полностью)

Паспорт: серия _____ № _____, выдан _____

«_____» _____ 20____ г. _

зарегистрированному по адресу: _____

фактическое место

жительства: _____

контактный телефон _____

настоящим предоставляю _____,

(ФИО полностью)

Паспорт: серия _____ № _____, выдан _____

«_____» _____ 20____ г. _

зарегистрированному по адресу: _____

фактическое место жительства: _____

контактный телефон _____

настоящим предоставляю _____,

(ФИО полностью)

Паспорт: серия _____ № _____, выдан _____

«_____» _____ 20____ г. _

зарегистрированному по адресу: _____

фактическое место жительства: _____

контактный телефон _____

все права и обязанности, принадлежащие мне, как законному представителю во взаимоотношениях с ООО «МЦ
«Мегаполис» (ОГРН 1124205002415) по поводу оказания медицинских услуг моему ребенку, законным
представителем которого я являюсь <ФИОРебенка>,
(ФИО полностью)

_____ <ДатаРожденияРебенка> _____

года рождения, (далее именуемый Пациент)

в частности:

- Подписывать от моего имени договор на оказание медицинских услуг Пациенту и приложения к нему;
- Сопровождать Пациента в клиники ООО «МЦ «Мегаполис»;
- Принимать все необходимые решения относительно здоровья Пациента, включая, но не ограничиваясь: по вопросам медицинских вмешательств медицинским и лабораторным процедурам и пр. подписывать добровольные информированные согласия на медицинские вмешательства (до достижения Пациентом 15 лет), а также отказ от медицинских вмешательств;
- Оплачивать стоимость медицинских и сопутствующих услуг из моих или из собственных средств;
- Получать полную и достоверную информацию о состоянии здоровья Пациента, запрашивать и получать результаты исследований, копии медицинских документов, выписки, эпикризы и т.д. знакомиться со всеми касающимися здоровья Пациента медицинскими документами;
- Подписывать заявления, в том числе о согласии на обработку его персональных данных, акты выполненных работ (оказанных услуг), перечень медицинских услуг и т.д.;
- Присутствовать при оказании медицинских услуг Пациенту;
- Получать справки и документы, касающиеся оказываемых медицинских услуг Пациенту.

Полномочия по настоящей доверенности не могут быть передоверены третьим лицам.

Доверенность действительна с момента выдачи до _____ 20____ г. (указать срок действия доверенности и действительна при предъявлении документа удостоверяющего личность (паспорт)

<ФИО>/ _____

(ФИО полностью, подпись)