



г. Тверь, Петербургское ш., 38к1; kinesis-tver.ru; dema-med.ru; тел.: (4822) 395-095;  
ИНН: 6952007931 КПП: 695201001 ОГРН: 1166952061440

ООО "Кинезис-лайф"

**Информированное добровольное согласие пациента на медицинские вмешательства  
и на оказание платных медицинских услуг**

Я, \_\_\_\_\_ (ФИО полностью, год рождения)  
проживающий (ая) по адресу: \_\_\_\_\_

тел.: \_\_\_\_\_ Дата рождения: \_\_\_\_\_

**Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных:**

Я, \_\_\_\_\_ (ФИО полностью, год рождения)  
проживающий (ая) по адресу: \_\_\_\_\_  
тел.: \_\_\_\_\_  
Являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным (ФИО и дата рождения ребенка или недееспособного лица полностью): \_\_\_\_\_

**Добровольно даю своё согласие ООО «Кинезис-лайф» на медицинские вмешательства, включенные в Перечень, а также на платные медицинские услуги:**

- Я ознакомлен(а) с прейскурантом на услуги, а также с распорядком и правилами лечебно-охранительного режима, установленного в данном медицинском центре, и обязуюсь их соблюдать.
- Добровольно даю согласие на оказание мне(представляемому) в соответствии с поставленным диагнозом и назначениями врача платных услуг. Мне разъяснена возможность получения аналогичных бесплатных медицинских услуг. Мне разъяснены все условия договора и мои обязанности по нему.
- Мне разъяснено право на отказ от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, и право потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных законом.
- Я информирован(а) о целях, методах и возможных неблагоприятных эффектах лечебных мероприятий (рисках), а также о том, что предстоит мне (представляемому) делать во время их проведения.
- Я извещен(а) о том, что мне (представляемому) необходимо регулярно посещать занятия, принимать назначенные препараты и другие методы лечения, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых, не прописанных лекарств.
- Мне разъяснено и я осознал(а), что ожидаемым эффектом лечебных мероприятий является полное или частичное восстановление качества и структуры скелетной мускулатуры, повышение качества жизни. При этом проведение назначенных мероприятий не гарантирует 100% излечение.
- Я предупрежден(а) и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение режима занятий, приема препаратов, рекомендаций медицинских работников, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья.
- Я обязуюсь сообщить врачу правдивые сведения обо всех проблемах, связанных со здоровьем (представляемого), 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, о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.
- Я ознакомлен(а) и согласен(на) со всеми пунктами настоящего документа, которые мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на обследование и лечение в предложенном объеме.
- Разрешаю, в случае необходимости, предоставить информацию о моем (представляемого) диагнозе, степени тяжести и характере заболевания моим родственникам, законным представителям.

ФИО полностью, год рождения: \_\_\_\_\_

Подпись Пациента/законного представителя: \_\_\_\_\_

В соответствии со ст. 9 Федерального закона от 27.06.2006 г. N 152-ФЗ "О персональных данных" даю согласие Обществу с ограниченной ответственностью «Кинезис-лайф» (адрес: Тверь, Петербургское ш., 38к1, пом. 3), на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку моих персональных данных, а именно совершение действий, предусмотренных п. 3 ч. 1 ст. 3 Федерального закона "О персональных данных", со сведениями о фактах, событиях и обстоятельствах моей жизни, представленных в ООО «Кинезис-лайф» для заключения и исполнения договора об оказании платных медицинских услуг. Также даю согласие на обработку моих персональных данных Обществу с ограниченной ответственностью «ДЭМА» (адрес: Московская обл., г. Жуковский, ул. Лесная, д.4а, оф.2, ком.3) для создания локальной информационной системы в соответствии с п. 5 ст. 78 Федерального Закона № 323-ФЗ от 21.11.2011 г.



Разрешаю информировать меня по телефону, электронной почте и в социальных сетях о новых услугах, акциях и скидках центров «ДЭМА».

Настоящее согласие действует со дня его подписания до дня отзыва в письменной форме.

дата: \_\_\_\_\_ подпись Пациента/законного представителя: \_\_\_\_\_

врач-специалист: \_\_\_\_\_ подпись Врача: \_\_\_\_\_