

**ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ
«ДАЛЬНЕВОСТОЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ КОМПАНИЯ»
(ООО «ДМК»)**

ИНН/КПП4909115101/614201001; ОГРН1124910014536

Юридический адрес: ул. Заводская, д. 8А, эт. 2, пом. 7, г. Белая Калитва, Белокалитвинский р-н,
Ростовская обл., Россия, 347045

ПРИКАЗ

29 марта 2022 г.

**город Истра
городской округ Истра
Московская область
Российская Федерация**

№ 11-ОД

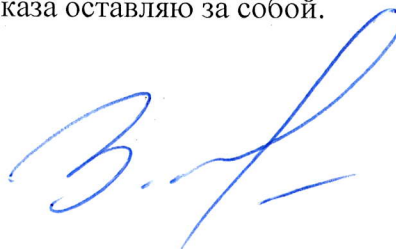
**О внесении изменений в Приказ
от 20.01.2020 №006/2-ОД
ООО «ДМК»**

В соответствии с положениями федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», закона Российской Федерации от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей», постановления Правительства Российской Федерации от 04.10.2012 № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», на основании Устава общества с ограниченной ответственностью «Дальневосточная медицинская компания»,

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Внести изменения в Приказ от 20.02.2020г. №006/2-ОД «Об утверждении положения об оказании платных медицинских услуг ООО «ДМК»:
 - Утвердить форму Информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство (Приложение №1)
 - Утвердить форму Отказа от медицинского вмешательства (Приложение №2)
 - Утвердить прейскурант цен вместе со стоимостью оказания медицинской помощи проведения процедуры заместительной почечной терапии методом гемодиализа (Приложение № 3).
2. Установить, что указанная в Прейскуранте стоимость медицинских услуг вступает в силу с 10.04.2022 года.
3. Кустову Е.В. разместить настоящий приказ на официальном Интернет-сайте ООО «ДМК».
4. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой.

Генеральный директор ООО «ДМК»



З.Р. Гаськова

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)
« _____ » _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:
(дата рождения гражданина либо законного представителя)

_____ (адрес регистрации гражданина либо законного представителя)
проживающий по адресу: _____
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

В ОТНОШЕНИИ _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)
« _____ » _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

_____ (в случае проживания не по месту жительства законного представителя)
даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (далее — виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи _____ лицом, _____ законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в _____
(полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником _____
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

_____ (подпись) _____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

_____ (подпись) _____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

« _____ » _____ Г.
(дата оформления)

Отказ от медицинского вмешательства

Я, _____ « ____ » _____ г. рождения,
(фамилия, имя, отчество (при наличии) и дата рождения гражданина либо законного представителя)
зарегистрированный по адресу: _____
(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

в отношении _____ « ____ » _____ г. рождения,
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента и дата рождения при подписании отказа законным представителем)
при оказании мне (представляемому лицу) первичной медико-санитарной помощи
в _____
(полное наименование медицинской организации)

отказываюсь от следующих видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н: _____
(наименование вида (видов) медицинского вмешательства)

Медицинским работником _____
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены возможные последствия отказа от вышеуказанных видов медицинских вмешательств, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния) _____

(указываются возможные последствия отказа от вышеуказанного (вышеуказанных) вида (видов) медицинского вмешательства, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния))

Мне разъяснено, что при возникновении необходимости в осуществлении одного или нескольких видов медицинских вмешательств, в отношении которых оформлен настоящий отказ, я имею право оформить информированное добровольное согласие на такой (такие) вид (виды) медицинского вмешательства.

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или законного представителя гражданина)

(подпись)

_____ « ____ » _____ г.
(фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

(дата оформления)

Прейскурант цен на процедуру «гемодиализ» в ООО «ДМК»

Филиалы	Гемодиализ высокопоточный	Гемодиафльтрация
рп.Нахабино	7600,00	7800,00
г.Ростов	8500,00	---
г.Южно-Сахалинск	11100,00	11400,00
г.Кандалакша	10200,00	10500,00
г.Сургут	8000,00	8200,00

Цена указана в рублях.