

## Публичный Договор-оферта на оказание платных медицинских услуг ООО «Медицинский Центр «Светоч»

г. Пушкино

Редакция от 01 февраля 2018 года.

Утвержден приказом директора ООО МЦ «Светоч» № 07/2013-МЦ от 01 июля 2013 г.

Настоящий публичный Договор-оферта на оказание платных медицинских услуг ООО «Медицинский Центр «Светоч» (далее: «Договор-оферта») в порядке ст. 435, 437 Гражданского Кодекса РФ является публичной офертой, обращенной к физическим лицам, желающим получить соответствующие медицинские услуги. Физические лица, желающие принять (акцептировать) данную оферту обязуются подписать Заявление о присоединении к публичному Договору-оферте на оказание платных медицинских услуг ООО «Медицинский Центр «Светоч» по форме, изложенной в Приложении № 3 к настоящему Договору.

Настоящий Договор-оферта действителен с 01 июля 2013 года.

Статья 440 ГК РФ гласит, что договор считается заключенным, если акцепт получен лицом, направившим оферту, в пределах указанного в ней срока. Заявления о присоединении к публичному Договору-оферте на оказание платных медицинских услуг ООО «Медицинский Центр «Светоч» должны содержать в себе реквизиты редакции Договора-оферты. Заявления, полученные позднее срока действия настоящей редакции Договора-оферты не принимаются.

**При трактовке настоящего Договора-оферты применяется следующая терминология:**

**Медицинский Центр или МЦ** – Общество с ограниченной ответственностью «Медицинский Центр «Светоч»

**Медицинские услуги или МУ** - услуги по доврачебной, амбулаторно-поликлинической помощи, специализированной медицинской помощи, оказываемые Медицинским Центром в рамках видов медицинской деятельности, указанных в лицензии на осуществление медицинской деятельности № ЛО-50-01-009378 выданной Министерством Здравоохранения Московской Области 25.01.2018г. действительной бессрочно.

**Правила оказания услуг** – утвержденный приказом директора МЦ локальный документ, регламентирующий правила и условия оказания Медицинских услуг пациентам МЦ. Правила оказания услуг доступны для ознакомления на стойке регистратуры Медицинского центра, а также на сайте Медицинского Центра – [www.mc-svetoch.ru](http://www.mc-svetoch.ru).

**Прейскурант платных медицинских услуг или Прейскурант** – утвержденный директором Медицинского Центра перечень оказываемых Медицинских услуг и цен на них, действующий на момент произведения оплаты. Прейскурант доступен для ознакомления у администраторов Медицинского Центра, а также на сайте Медицинского Центра – [www.mc-svetoch.ru](http://www.mc-svetoch.ru). Стоимость конкретных процедур и манипуляций также может быть уточнена по контактному телефону Медицинского Центра.

**Заказ** – документ(ы), составленный(ые) по утвержденной локальными актами Медицинского Центра форме, содержащий(ие) сведения о пациенте, объеме оказываемых ему в рамках приема услуг, их стоимости, ФИО врача, дате оказания услуг.

## **1. СОДЕРЖАНИЕ (ПРЕДМЕТ) ОФЕРТЫ**

1.1. Общество с ограниченной ответственностью Медицинский Центр «Светоч» оказывает Пациенту по его заказу медицинские услуги: доврачебную помощь, амбулаторно-поликлиническую помощь, специализированную медицинскую помощь, прочие услуги (далее – Медицинские услуги), в рамках настоящего Договора-оферты и в соответствии с Прейскурантом платных медицинских услуг (далее – Прейскурант), а Пациент обязуется оплатить оказанные услуги.

1.2. Медицинские Услуги оказываются в соответствии с Правилами оказания услуг (далее - Правила), утвержденными директором МЦ в установленном порядке. Подписывая настоящий Договор, Пациент подтверждает, что он ознакомился с Правилами оказания услуг и обязуется их соблюдать.

1.3. Оказание Медицинских Услуг осуществляется на основании Заказа Пациента. Заказ в обязательном порядке должен включать в себя:

1.3.1. Конкретный перечень оказываемых Пациенту Медицинских услуг;

1.3.2. Стоимость оказываемых услуг согласно Прейскуранта с учетом предоставленных Пациенту скидок (разовых или постоянных);

1.3.3. Ф.И.О. и специальность сотрудника МЦ, оказывающего Медицинские услуги;

1.3.4. Дата оказания Медицинских услуг.

## **2. ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ В РАМКАХ ДОГОВОРА-ОФЕРТЫ**

2.1. МЦ в рамках настоящего Договора-оферты намеревается оказать Пациенту платные медицинские услуги в соответствии с подписанным(ыми) Пациентом Заказом(ами). МЦ обязуется оказывать соответствующие Медицинские услуги качественно, с использованием современных методов диагностики и лечения, в полном объеме и в соответствии с настоящим Договором-офертой.

2.2. Все Медицинские услуги оказываются с использованием сертифицированного оборудования и расходных материалов. Для оказания медицинских услуг в рамках настоящего Договора-оферты МЦ привлекает только специалистов с действующим сертификатом, дающим право на оказание определенного типа медицинских услуг (младший медицинский персонал, не участвующий непосредственно в процессе оказания Медицинских услуг и выполняющий вспомогательные функции по обеспечению работы врача, может не иметь указанных сертификатов).

2.3. Оказание Медицинских услуг в рамках настоящего Договора-оферты сопровождается составлением всей необходимой медицинской документации в установленном действующим законодательством порядке. МЦ ведет учет видов, объемов, стоимости, оказанных Пациенту медицинских услуг, а также денежных средств, поступивших от Пациента.

2.4. В рамках исполнения настоящего Договора-оферты МЦ при наступлении соответствующих обстоятельств обязуется немедленно известить Пациента о невозможности оказания ему Медицинских услуг, либо сокращении объема оказываемых Медицинских услуг в рамках настоящего Договора-оферты и подписанного им Заявления о присоединении к публичному Договору-оферте на оказание платных медицинских услуг ООО Медицинский Центр «Светоч». Такими обстоятельствами могут быть: медицинские показания Пациента, непереносимость лекарственных средств и т.д. В случае согласия Пациента на сокращение объема оказываемых Медицинских услуг или желания Пациента перенести дату оказания соответствующей услуги, регистратура или call-центр МЦ

фиксируют сокращение перечня оказываемых услуг документально или по согласованию с Пациентом переносят прием на любое доступное время соответственно.

2.5. В случае если Пациент согласует оказание ему услуг по лабораторной диагностике МЦ имеет право привлекать третьих лиц, обладающих соответствующими навыками, оборудованием и лицензиями на осуществление соответствующих видов деятельности, при обязательном соблюдении режима полной конфиденциальности при передаче привлеченным МЦ третьим лицам биологического материала Пациента, а также персональных данных Пациента, обеспечивающем невозможность идентификации третьими лицами частично или полностью персональных данных Пациента, биологического материала, поставленных диагнозов и сопоставления их с конкретным физическим лицом (путем маркировки проб и данных уникальными идентификаторами, данными о соответствии которых физическим лицам располагает только Медицинский Центр).

2.6. МЦ также имеет право оказывать некоторые Медицинские услуги Пациенту, не указанные в соответствующем Заказе Пациента, в случае, если неоказание таких услуг составляет угрозу жизни и здоровью Пациента, и необходимость их оказания вызвана жизненными показаниями Пациента.

2.7. Пациент, принимая(акцептируя) условия настоящего Договора-оферты, берет на себя следующие обязанности: оплатить стоимость оказываемых ему Медицинских услуг в соответствии с положениями настоящего Договора; предоставить врачу данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных вне МЦ (при их наличии и соответствующей необходимости), а также сообщить все известные сведения о состоянии своего здоровья, в т.ч. об аллергических реакциях на лекарственные средства, об имеющихся заболеваниях, а также, в случае такой необходимости, о заболеваниях родственников, без указания их данных, и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения; ознакомиться с порядком и условиями предоставления платных медицинских услуг (Правилами) по настоящему Договору-оферте, а так же с изменениями к ним, если таковые будут иметь место; соблюдать и выполнять требования сотрудников МЦ к Пациенту по подготовке последнего к оказанию согласованных Сторонами Медицинских услуг; выполнять все медицинские предписания, назначения, рекомендации специалистов, оказывающих Медицинские услуги в рамках настоящего Договора, правила техники безопасности и пожарной без-опасности.

В случае непредставления со стороны Пациента имеющихся у него данных, относящихся к состоянию его здоровья, не соблюдения последним обязательств, указанных в настоящем пункте, МЦ не несет ответственности за результаты лечения и возможный ущерб, вызванный данными обстоятельствами.

### **3. СТОИМОСТЬ ОКАЗЫВАЕМЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

3.1. Стоимость платных Медицинских услуг, оказываемых Пациенту в соответствии с настоящим Договором-офертой, указывается в соответствующих(ем) Заказах(е) Пациента в соответствии с действующим Прейскурантом платных медицинских услуг, утвержденным Генеральным директором МЦ с учетом предоставленных Пациенту скидок (разовых или постоянных). НДС не облагается.

3.2. Оплата Медицинских услуг осуществляется Пациентом непосредственно в день оказания Медицинских услуг. Расчеты между сторонами осуществляются в российских рублях через кассы МЦ наличными деньгами, либо с использованием пластиковых карт банковских организаций.

#### **4. ВОЗВРАТ ДЕНЕЖНЫХ СРЕДСТВ И ПРЕТЕНЗИОННЫЙ ПОРЯДОК**

4.1. В случае если Пациент не удовлетворен качеством оказанных ему Медицинских услуг, последний имеет право составить письменную претензию, указав в обязательном порядке наименование Медицинских Услуг, в отношении которых предъявляется данная претензия, ФИО сотрудника МЦ (врача), осуществившего некачественную услугу, дату оказания данной услуги, а так же суть претензий.

4.2. Претензия должна быть передана Пациентом менеджеру по работе с клиентами МЦ. Претензия должна быть рассмотрена МЦ в течение 7 (Семи) рабочих дней, после чего на следующий рабочий день после истечения семи-дневного срока для составления ответа на соответствующую претензию Пациента оригинал ответа отправляется МЦ по адресу регистрации Пациента, указанному в Заявлении о присоединении к публичному Договору-оферте на оказание платных медицинских услуг ООО Медицинский Центр «Светоч», заказным письмом с уведомлением.

4.3. В случае добровольного согласия МЦ с доводами, изложенными в претензии Пациента, МЦ обязуется устранить нарушения законных прав Пациента в течение 30 (Тридцати) рабочих дней с даты получения соответствующей претензии. В случае несогласия МЦ с доводами, изложенными в соответствующей претензии Пациента, данный спор передается на урегулирование суда общей юрисдикции по месту нахождения ответчика.

4.4. Все претензии Пациента, выраженные в обход установленного в данном разделе порядка рассмотрению не подлежат.

#### **5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**

5.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору-оферте, Стороны несут ответственность в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации.

5.2. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение либо ненадлежащее исполнение своих обязательств по настоящему договору, если это неисполнение явилось следствием непреодолимой силы или других форс-мажорных обстоятельств (стихийные бедствия, эпидемии, военные действия, забастовки, принятие компетентными органами решений и т.п.), препятствующие выполнению обязательств по настоящему Договору.

5.3. МЦ не несет ответственности за упущенную выгоду и любые другие косвенные убытки Пациента.

#### **6. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ И ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ**

6.1. Стороны берут на себя взаимные обязательства по соблюдению режима конфиденциальности в отношении информации, полученной при исполнении настоящего Договора.

6.2. С письменного согласия Пациента или его законного представителя допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну другим лицам, указанным Пациентом или его законным представителем.

6.3. Подписывая соответствующее Заявление о присоединении к публичному Договору-оферте на оказание платных медицинских услуг ООО Медицинский Центр «Светоч» Пациент в соответствии со ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ (ред. от 25.07.2011) "О персональных данных" дает свое согласие на обработку его персональных

данных уполномоченными сотрудниками ООО Медицинский Центр «Светоч», юридический адрес: 141200, Россия, Московская обл., г. Пушкино, ул. Боголюбская, д. 4а, ИНН 5038057238 ОГРН 1075038011971 (далее: «Оператор»). Список уполномоченных сотрудников указан в Приказе о назначении ответственных лиц за обработку персональных данных в ООО Медицинский Центр «Светоч» № 006/2013-МЦ от 01.07.2013 г. Целью обработки персональных данных является оказание медицинских услуг по профилю деятельности ООО Медицинский Центр «Светоч» (Лицензия на осуществление медицинской деятельности № ЛО-50-01-009378 выдана Министерством Здравоохранения Московской Области 25.01.2018г. действительна бессрочно) на основании настоящего Договора-оферты.

6.4. Перечень персональных данных, подлежащих обработке:

- фамилия, имя, отчество;
- пол, возраст;
- паспортные данные;
- физиологические особенности человека;
- состояние здоровья, имеющиеся заболевания, поставленные диагнозы, факты обращения в медицинские организации;
- место регистрации, почтовый адрес, адрес электронной почты, домашний и мобильный телефоны;
- привычки и увлечения, в том числе вредные (алкоголь, наркотики и др.);
- семейное положение, наличие детей, родственные связи.

6.5. Перечень действий с персональными данными, на совершение которых Пациент дает свое согласие: любое действие (операция) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

6.6. Пациент предоставляет право Оператору передавать полученные в рамках настоящего Договора-оферты персональные данные ограниченному кругу третьих лиц: ООО «КДЛ Домодедово-Тест», ООО «Лаборатория Гемотест». Передача персональных данных ограничена исключительно медицинскими целями и обусловлена исключительно технической необходимостью. Передача персональных данных другим юридическим или физическим лицам, не указанным в настоящем пункте, запрещена.

6.7. Пациент может потребовать уничтожить его персональные данные в любой момент после окончания оказания услуг.

## **7. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ**

Стороны обязуются решать все возникшие по настоящему Договору-оферте споры путем переговоров представителей сторон. Все неурегулированные сторонами споры в рамках выполнения настоящего Договора-оферты разрешаются в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации.

## **8. РЕКВИЗИТЫ: ООО МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР «СВЕТОЧ»**

Адрес: 141200, Россия, Московская обл., г. Пушкино, ул. Боголюбская, д. 4а

Телефон: (496) 539-2439

Факс: (496) 539-2539

Лицензия: № ЛО-50-01-009378 выдана Министерством Здравоохранения Московской  
Области 25.01.2018г. действительна бессрочно

Реквизиты:

ОГРН: 1075038011971

ИНН: 5038057238

КПП: 503801001

ОКПО: 81648993

Р/С: 40702810404100141740,

в Пушкинском филиале Банка "Возрождение" (ОАО) г.Пушкино

К/С: 30101810900000000181

БИК: 044525181.

### **Приложения**

**Приложение № 1 – Форма заявления на пересылку результатов анализов**

**Приложение № 2 – Режим работы ООО Медицинский Центр «Светоч»**

**Приложение № 3 – Форма заявления о присоединении к публичному Договору-  
оферте на оказание платных медицинских услуг ООО Медицинский Центр «Светоч»**

**ПРИЛОЖЕНИЕ № 1**

**К ДОГОВОРУ-ОФЕРТЕ ОТ 01.07.2013 ГОДА В РЕДАКЦИИ ОТ 01.02.2018 ГОДА.**

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Я, \_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество - полностью)

\_\_\_\_\_ года рождения, паспорт: серия \_\_\_\_\_, номер \_\_\_\_\_,  
выдан: \_\_\_\_\_ «\_\_» \_\_\_\_\_ г.

зарегистрированный (ая) по адресу: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ,  
находясь на лечении в Медицинском центре «Светоч» (далее МЦ «Светоч»),  
ознакомлен(а) с правами и обязанностями пациента, предусмотренными ст. 18, 20-22, 28,  
41 Конституции Российской Федерации, ст. 13, 19-22 Федерального закона от 21.11.2011  
г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», а также  
содержанием Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ (ред. от 25.07.2011) "О  
персональных данных", добровольно предоставляю право ООО МЦ «Светоч»  
осуществить пересылку результатов функциональной и иных видов диагностики,  
результатов анализов и других медицинских исследований, проведенных в рамках  
заключенного между мной и ООО МЦ «Светоч» Договора-оферты в редакции от  
01.02.2018 г. на следующий адрес электронной почты:

\_\_\_\_\_

Я уведомлен и согласен, что пересылка результатов функциональной и иных видов  
диагностики, результатов анализов и других медицинских исследований будет  
осуществлена в архивном файле с установкой пароля на открытие документов.

Я уведомлен и согласен с тем, что ООО МЦ «Светоч» передаст мне пароль на открытие  
архивных файлов, содержащих вышеуказанные результаты функциональной и иных видов  
диагностики, результаты анализов и других медицинских исследований при подписании  
настоящего заявления.

Содержание и юридические последствия настоящего добровольного заявления мне  
понятны, пароль получил.

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

«\_\_» \_\_\_\_\_ г.

## **ПРИЛОЖЕНИЕ № 2**

**К ДОГОВОРУ-ОФЕРТЕ ОТ 01.07.2013 ГОДА В РЕДАКЦИИ ОТ 01.02.2018 ГОДА.**

### **РЕЖИМ РАБОТЫ ООО МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР «СВЕТОЧ»**

#### **Часы работы регистратуры медицинского центра:**

Будние дни: 9:00 – 20:00

Суббота: 9:00 – 18:00

Воскресенье: выходной

Режим работы ООО МЦ «Светоч» в праздничные дни определяется не менее чем за двое суток до их начала и утверждается соответствующим приказом директора ООО МЦ «Светоч». Информацию о режиме работы ООО МЦ «Светоч» в праздничные дни можно получить по телефонам регистратуры.

#### **Порядок осуществления записи на прием:**

Прием пациентов в ООО Медицинский Центр «Светоч» осуществляется по предварительной записи.

Предварительная запись пациентов осуществляется по телефонам регистратуры.

При осуществлении предварительной записи пациентов к конкретным специалистам учитываются графики работы врачебного состава ООО Медицинский Центр «Светоч», информацию о которых можно получить по телефонам регистратуры.

#### **Телефоны регистратуры:**

8(496) 539-24-39; 8(496) 539-25-39; 8(496) 539-26-39



**ПРИЛОЖЕНИЕ № 3**

**К ДОГОВОРУ-ОФЕРТЕ ОТ 01.07.2013 ГОДА В РЕДАКЦИИ ОТ 01.02.2018 ГОДА.**

**Заявление о присоединении к публичному Договору-оферте на оказание платных медицинских услуг ООО  
Медицинский Центр «Светоч» № \_\_\_\_\_**

г. Пушкино

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Я, \_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя, отчество)

\_\_\_\_\_ года рождения, паспорт серия: \_\_\_\_\_, номер: \_\_\_\_\_, выданный (кем, когда): \_\_\_\_\_

зарегистрированный(ая) по адресу: \_\_\_\_\_

именуемый в дальнейшем «**Пациент**», заявляю, что ознакомился с условиями Договора-оферты на оказание медицинских услуг ООО Медицинский Центр «Светоч» в редакции от 01 февраля 2018 года (далее: «МЦ») и выражаю свое согласие с изложенными в нем обязательствами и правами Сторон и обязуюсь их соблюдать. Подписывая настоящее заявление, я подтверждаю факт того, что мне полностью понятны и разъяснены юридические и иные последствия моего соглашения (акцепта) с предложением (офертой) ООО Медицинский Центр «Светоч». Взаимоотношения Сторон в рамках настоящего Заявления о присоединении к публичному Договору-оферте на оказание платных медицинских услуг ООО Медицинский Центр «Светоч» регулируются действующим законодательством РФ.

Настоящим заявлением я, в соответствии со ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ (ред. от 25.07.2011) "О персональных данных", даю свое согласие на обработку моих персональных данных уполномоченными ООО Медицинский Центр «Светоч», юридический адрес: 141200, Россия, Московская обл., г. Пушкино, ул. Боголюбская, д. 4а, ИНН 5038057238 ОГРН 1075038011971 в порядке, указанном в Разделе 6 Договора-оферты на оказание медицинских услуг ООО Медицинский Центр «Светоч» в редакции от 01 июля 2013 г.

Настоящим заявлением я даю свое добровольное согласие на оказание мне медицинских услуг в Медицинском Центре «Светоч», в т.ч. виды 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 Минздравсоцразвития России от 23 апреля 2012 г. № 390 н (зарегистрирован Минюстом России 5 мая 2012 г. № 24082). Мне известны права пациента, предусмотренные ст. 18, 20-22, 28, 41 Конституции Российской Федерации, ст. 13, 19-22 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», ст. 16 Федерального закона от 29.11.2010 г. «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации». Я осведомлен о том, что при выявлении у меня какого-либо заболевания и/или моего непосредственного желания получить ту или иную медицинскую услугу в Медицинском Центре «Светоч», сотрудник Медицинского Центра «Светоч» (врач), установив соответствующий план моего обследования и лечения, обязан меня проинформировать обо всех особенностях (противопоказаниях и возможных неблагоприятных эффектах) тех или иных медицинских процедур, изложенных в плане обследования и лечения пациента.

Я осведомлен, что план моего лечения, составленный лечащим врачом, может предполагать использование соответствующих лекарственных препаратов. Мне понятно, что лечащий врач может изменить медикаментозную терапию, - в случае непереносимости тех или иных лекарственных препаратов и/или изменением состояния здоровья, требующего изменения тактики лечения, а также применением альтернативных лекарственных препаратов и других методов лечения, которые могут быть назначены врачами-консультантами по согласованию с моим лечащим врачом. Я понимаю, что составленный лечащим врачом план лечения, может динамически изменяться в зависимости от жизненных показаний пациента, в связи с чем, в целях обеспечения непрерывности моего лечения, я уполномочиваю лечащего врача выполнять все необходимые для моего выздоровления и/или выполнения Медицинским Центром своих обязательств в рамках соответствующего договора на оказание медицинских услуг медицинские процедуры или дополнительные вмешательства, которые могут потребоваться в целях лечения, а также в связи с возникновением непредвиденных ситуаций. Я проинформирован о возможности отказа от обследования и лечения. Со мной обсуждены последствия отказа от обследования и лечения. Я получил(а) исчерпывающие и понятные мне ответы на вопросы и имел(а) достаточно времени на принятие решения о согласии на предложенное мне обследование и лечение. Я извещён(а) о том, что медицинский работник не несёт ответственность за причинение вреда моему здоровью в результате нарушения мною правил поведения пациента при проведении медицинской процедуры(манипуляции), техники безопасности, а так же требований медицинского работника при проведении медицинской процедуры(манипуляции). Я осведомлен(а), что при проведении лечебных и диагностических процедур(манипуляций), лечащим врачом мне будет предоставлена информация об альтернативных методах обследования и лечения, а так же об их ориентировочной стоимости; Я проинформирован о своей обязанности поставить в известность лечащего врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною и известных мне травмах, операциях, заболеваниях(гепатит, СПИД, и ВИЧ-инфицирование, бронхиальная астма, заболевания сердечнососудистой системы, сахарный диабет, венерические заболевания, туберкулёз и другие).

Я, \_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя, отчество)

Настоящим заявлением ставлю лечащего врача в известность обо всех проблемах, связанных с моим здоровьем:

Проблема	Нет	Есть	Подробности (если есть)
Аллергия	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Глаукома	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Сахарный диабет	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Бронхиальная астма	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Туберкулёз	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ВИЧ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Сифилис	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Гепатит	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Черепно-мозговая травма	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Инсульт	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Хронические заболевания	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Подпись Пациента: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / Дата: \_\_\_\_\_ г.