

Анкета про стан здоров'я №VR15545Y

Шановний Пацієнт! Існує ряд захворювань та особливих станів організму, що можуть впливати на стан Вашого лікування. Тому просимо достовірно та уважно заповнити цей бланк.

Якщо Вам щось незрозуміло, або Ви не знаєте як відповісти, запитайте у Вашого Лікаря.

Зазначені данні є лікарською таємницею, яка не підлягає розголошенню, а лише служить для контролю стану здоров'я під час лікування.

Чи користуєтесь ви державними пільгами?

(в якому році?)

Ні

Так

1) Інфекційний гепатит А, В, С

2) Цукровий діабет

3) Туберкульоз

4) Хвороби серцево-судинної системи

5) Сповільнене згортання крові

6) Бронхіальна астма

7) Алергологічний анамнез

8) Епілепсія

9) Вагітність (на даний момент)

10) Венеричні хвороби

11) СНІД

12) Онкологічні хвороби

13) Прийом наркотичних, психотропних речовин

14) Хірургічні втручання

15) Непереносимість до лікарських препаратів _____

Коли ви востаннє проходили рентгенологічне обстеження (флюорографію)? _____

-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Група крові _____ Резус фактор _____ Переливання крові (коли, скільки) _____

Своїм підписом Я, Вишневська Ірина Анатоліївна, підтверджую, що прочитав(-ла) та зрозумів(-ла) зміст всіх вище наведених пунктів анкети та попереджений(-на), що несу повну відповідальність за достовірність наданої мною інформації.

Підпис Пацієнт _____ /Вишневська І. А.

Підпис лікаря _____ /Вишневська І. А.

Дата: 15.08.2017 11:58:09

Приватне Медичне Підприємство «Центр В», що діє на основі ліцензії АГ599448 який в подальшому іменується «Виконавець», з однієї сторони, і Вишневська І. А. __, який в подальшому іменується «Пацієнт», з іншої сторони, уклали Договір про таке:

1. Загальні положення

1.1. Виконавець зобов'язується надати Пацієнту необхідні медичні послуги.

1.2. Медичні послуги надаються в відповідності з планом лікування, складеним лікуючим лікарем та іншими спеціалістами, що фіксується в медичній карті Пацієнта.

1.3. Медичні послуги сплачуються Пацієнтом в відповідності з прейскурантом цін, встановленим Виконавцем.

2. Права та обов'язки сторін

2.1 Виконавець зобов'язаний:

2.1.1. Надати медичні послуги, передбачені в п. 1.1 Договору з застосуванням необхідних матеріалів, інструментів, обладнання та їх обробки.

2.1.2. Ознайомити Пацієнта з формою, методами, порядком і планом надання медичних послуг та їх вартістю.

2.1.3. Довести до відома Пацієнта:

- про зміни у попередньому лікуванні, які можуть виникнути після отримання додаткових методів обстеження і призвести до збільшення обсягу надання послуг;
- про можливі ускладнення при лікуванні;
- про можливу необхідність проведення додаткових консультацій спеціалістів, які в подальшому визначаються як додаткова медична послуга;
- ризики.

2.1.4. Дотримуватись правил медичної етики та деонтології у взаєминах з Пацієнтом.

2.2 Виконавець має право:

2.2.1. Самостійно визначати характер і об'єм обстежень лікування та маніпуляцій, необхідних Пацієнту в рамках плану лікування.

2.2.2. Відмовити в прийомі пацієнта у випадках:

- стану алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння;
- якщо дії Пацієнта несуть загрозу життю і здоров'ю персоналу;
- послуги, що вимагаються, не входять в план лікування, зафіксований в медичній карті;
- коли Пацієнт не дотримується вимог лікуючого лікаря, плану лікування.

2.3. Пацієнт зобов'язаний:

2.3.1. Повідомити лікаря про перенесені, чи ті, що є в наявності, хвороби (алергії, гепатит, СНІД, бронхіальна астма, захворювання серцево-судинної системи, венеричні захворювання, туберкульоз та інші), а також про переливання крові, ін'єкції (за останні два роки), про контакт з інфекційними хворими. На випадок не повідомлення Виконавець знімає з себе відповідальність, а Пацієнт несе відповідальність в установленому порядку.

2.3.2. З'являтися на прийом в призначений час.

2.3.3. Суворо дотримуватись та виконувати встановлені лікарем профілактичні та лікувальні заходи.

2.3.4. Терміново сповіщати про різні ускладнення, що виникають в процесі лікування.

2.3.5. Попереджати адміністрацію за 24 години по телефону клініки, про неможливість явки на прийом.

2.4. Пацієнт має право:

2.4.1. Отримувати інформацію про обсяг, вартість та результати наданих медичних послуг.

2.4.2. Отримувати інформацію про стан свого здоров'я по каналах дрогового чи бездротового зв'язку на зазначенні нижче контактні дані

E-mail

Тел.

При передачі інформації на вказані засоби зв'язку вважається, що порушення лікарської таємниці не відбулося. При цьому для ідентифікації особи сторони вважають достатність зазначення ПІБ пацієнта та дати народження.

3. Платежі та розрахунки по договору

3.1. Пацієнт сплачує вартість отриманих послуг після кожного візиту до лікувально-діагностичного центру.

3.2. Пакетні послуги оплачуються Пацієнтом після першого візиту до лікувально-діагностичного центру.

3.3. У разі відсутності оплати за надані належним чином медичні послуги, Виконавець має право стягнути її у судовому порядку з урахуванням інфляційних та судових виплат.

4. Відповідальність сторін

4.1. Виконавець не несе моральної та матеріальної відповідальності перед Пацієнтом у випадку:

- виникнення ускладнень з вини Пацієнта: невиконання призначень лікаря, несвоєчасне повідомлення про порушення, що виникли, у випадку неявки Пацієнта на прийом у призначений час, недотримання призначеного режиму та інше.

- виникнення алергії або непереносимості препаратів, дозволених до застосування.

- виникнення ускладнень при лікуванні, які з'явилися при лікуванні в іншій клініці.

5. Додаткові умови

5.1. Всі можливі суперечки, що виникли в зв'язку з цим договором, сторони будуть вирішувати шляхом переговорів на випадок недосягнення згоди в порядку, встановленому діючим законодавством.

5.2. Всі зміни і доповнення до договору дійсні в тому випадку, коли вони здійснені в письмовій формі і підписані обома сторонами.

ВИКОНАВЕЦЬ:

Директор _____ Цебрик В.М.

Пацієнт

П.І.Б. Вишнеvsька І. А. , підпис _____