

БАНК ГПБ (АО) Г. МОСКВА		БИК	044525823
Банк получателя		Сч. №	30101810200000000823
ИНН 9715206461	КПП 771501001	Сч. №	40702810596000000900
ООО "ЦЕНТР ЭПИЛЕПСИИ"		Получатель	

Счет на оплату № 271 от 07 декабря 2020 г.

Поставщик: ООО "ЦЕНТР ЭПИЛЕПСИИ", ИНН 9715206461, КПП 771501001, 127566, город Москва, ул. (Исполнитель) Высоковольный проезд, дом 1, корпус 3

Покупатель: Благотворительный фонд "Клуб добряков", ИНН 9717064452, КПП 772601001, 117105, г. (Заказчик): Москва, Варшавское шоссе, дом 13 строение 2, тел.: +7(905)753-56-64

Основание: Основной договор 071220/БФ/65 за Малых Викторию

№	Товары (работы, услуги)	Кол-во	Ед.	Цена	Сумма
1	Видео-ЭЭГ мониторинг сутки(22 часа подряд с 09:00 до 07:00 следующего дня)	1		32000,00	32000,00
2	Консультация невролога, эпилептолога (стаж консультирования более 10 лет)	1		8000,00	8000,00
				Итого:	40 000,00
				Без налога (НДС)	-
				Всего к оплате:	40 000,00

Всего наименований 2, на сумму 40 000,00 руб.
Сорок тысяч рублей 00 копеек

Руководитель

Головтеева Ю.В.

Бухгалтер



ДОГОВОР НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ № 071220/БФ/65

г. Москва

«07» декабря 2020 года

Общество с ограниченной ответственностью «Центр Эпилепсии» (юридическое лицо, зарегистрированное в ЕГРЮЛ 16 июля 2015 года за основным государственным номером 1157746644043 МИ ФНС России № 46 по г. Москве, Свидетельство о государственной регистрации 77 № 017219879, Лицензия ¹№ ЛО-77-01-020445 от 23 сентября 2020 г. на осуществление медицинской деятельности), в лице Генерального директора Головтеевой Юлии Вячеславовны, действующей на основании Устава, далее именуемое «Исполнитель», и

Благотворительный фонд оказания помощи детям и взрослым с тяжелыми заболеваниями «Клуб добряков», далее именуемый «Заказчик», в лице Директора фонда Кравченко Марии Владимировны., действующей на основании Устава

заключили настоящий Договор на оказание платных медицинских услуг (далее – «Договор») о нижеследующем.

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА.

1.1. Исполнитель обязуется по заданию и с согласия Заказчика, руководствуясь медицинскими показаниями, оказать платные медицинские услуги гражданам, направляемым Заказчиков (далее – «Пациенты»), по диагностике, профилактике, лечению имеющегося заболевания, состояния, реабилитации, консультированию (далее – «платные медицинские услуги» или «услуги»), а Заказчик обязуется своевременно оплатить указанные услуги на условиях настоящего Договора в соответствии с действующим Прейскурантом Исполнителя на платные медицинские услуги.

1.2. Для целей настоящего Договора, а также согласно ст. 2 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" Стороны понимают, что целью платной медицинской услуги будет являться не материальное благо, а именно получение информации, определяющей состояние здоровья Заказчика, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагностике, прогнозе, методах лечения, связанном риске, вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

1.3. Перечень услуг, составляющих медицинскую деятельность Исполнителя, а также Прейскурант Исполнителя на платные медицинские услуги указаны в Приложении №1 к настоящему Договору.

1.4. Содержание, сроки и объем платных медицинских услуг по настоящему Договору согласовываются Сторонами в Смете (Приложение № 2 к настоящему Договору), являющейся неотъемлемой частью настоящего Договора.

2. ПОРЯДОК ОПЛАТЫ

2.1. Оплата медицинских услуг по настоящему Договору производится Заказчиком в полном объеме в соответствии с Прейскурантом Исполнителя и Сметой по настоящему Договору в безналичном порядке путем перечисления денежных средств на расчетный счет Заказчика, указанный в Разделе 8. настоящего Договора.

2.2. В случае если во время оказания медицинских услуг по настоящему Договору Заказчик и/или Исполнитель и/или Пациент сочтут необходимым заменить один вид медицинских услуг другим, дополнить или исключить какой-либо вид медицинских услуг, Стороны вносят соответствующие изменения в Смету по настоящему Договору путем подписания дополнительного соглашения. В указанном дополнительном соглашении Стороны согласовывают порядок и сроки замены, доплаты или возврата части оплаченных денежных средств.

2.3. Услуги по настоящему Договору считаются оплаченными в момент поступления денежных средств в соответствующем размере на расчетный счет Исполнителя (поручением), выданной кредитной организацией с отметкой об исполнении.

3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

3.1. Исполнитель обязуется:

3.1.1. Оказать услуги по настоящему Договору качественно и в сроки, согласованные Сторонами в Смете.

¹ Лицензия на осуществление медицинской деятельности выдана Департаментом здравоохранения города Москвы (127006, г. Москва, Оружейный пер., д. 43, телефон 8 499 251 8300) на основании приказа № 667-Л от 23 сентября 2020 года

3.1.2. Предоставлять Заказчику необходимую информацию об условиях предоставления и оказания услуг, их стоимости, квалификации и сертификации специалистов, оказывающих медицинские услуги.

3.1.3. Обеспечить соответствие предоставляемых медицинских услуг лицензии и требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации.

3.1.4. Предупредить Заказчика о необходимости предоставления на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных Сметой. Без согласия Заказчика Исполнитель не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе за исключением случаев оказания срочной медицинской помощи.

3.1.5. Предоставить Пациенту и Заказчику полную и достоверную информацию о режиме работы, методиках, применяемых при оказании платных медицинских услуг, составе и свойствах используемых при оказании услуг медикаментов и материалов, результатах предполагаемого лечения, возможных болевых ощущениях, возможных осложнениях, о наличии альтернативных видов предоставления бесплатных медицинских услуг предусмотренных Территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи в городе Москве.

3.2. Исполнитель вправе:

3.2.1. Отказать в приеме Пациенту в случаях:

- Состояния алкогольного, наркотического или токсического опьянения.
- Если действия Пациента угрожают жизни и здоровью персонала или других лиц на территории Исполнителя.

3.2.2. Перенести срок получения услуги в случае опоздания Пациента более чем на 10 (десять) минут по отношению к назначенному времени получения услуги.

3.2.3. Отложить или отменить лечебные или диагностические мероприятия, в том числе в день процедуры, в случае обнаружения у Пациента противопоказаний по состоянию здоровья.

3.2.4. При изменении клинической ситуации или состояния здоровья Пациента, изменить план и сроки лечения с согласия Пациента и Заказчика.

3.2.5. В случае непредвиденного отсутствия лечащего врача в день назначенной медицинской услуги, назначить другого специалиста.

3.2.6. Отказаться в одностороннем порядке от оказания медицинской услуги в целом или ее части или этапа, в случае отказа Пациента подписать предложенную ему форму информированного согласия, согласия на обработку персональных данных либо иных документов, подлежащих подписанию согласно законодательству Российской Федерации.

3.3. Заказчик обязуется:

3.3.1. Передать Пациенту направление на получение платных медицинских услуг (в том числе в устной форме при условии направления подтверждения по электронной почте Исполнителю ФИО Пациента).

3.3.2. Довести до сведения Пациента определенный Исполнителем порядок оказания платной медицинской услуги;

3.3.3. Оплатить медицинские услуги по настоящему Договору и Смете в порядке и в сроки, предусмотренные настоящим Договором.

3.3.4. Выполнять все требования, обеспечивающие качественное предоставление медицинских услуг, своевременно информировать Исполнителя о любых обстоятельствах, препятствующих исполнению им условий настоящего Договора.

3.3.5. При исполнении условий настоящего Договора Пациент выражает свое согласие на подписание Информированного добровольного согласия на обследования в соответствии со статьей 20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» № 323-ФЗ от 21.11.2011 г., а также на получение и обработку его персональных данных во исполнение требований Федерального закона «О персональных данных» № 152-ФЗ от 27.07.2006 г. Подробное содержание указанного согласия Заказчику и Пациенту разъяснено, а также приведено в Приложении № 3 к настоящему Договору (далее – «Информированное согласие»).

3.3.6. При исполнении условий настоящего Договора Пациент обязуется также подписать Информированное согласие и предоставить его в распоряжение Исполнителя для целей соблюдения действующего законодательства в области здравоохранения и защиты персональных данных.

3.3.7. Заказчик также проинформирован, что в случае отказа Пациента от подписания Информированного согласия, Исполнитель вправе незамедлительно отказаться от исполнения настоящего Договора.

3.3.8. Заказчик подтверждает, что он проинформирован о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя, в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента.

3.4. Заказчик имеет право:

3.4.1. Требовать от Исполнителя надлежащего исполнения им обязательств, принятых по настоящему Договору;

3.4.2. Вносить рекомендации по улучшению качества медицинского обслуживания Пациентов;

3.4.3. Не оплачивать Услуги в случае, если она была оказана в период прекращения действия лицензии на осуществление медицинской деятельности.

3.4.4. В любое время отказаться от исполнения настоящего Договора, оплатив Исполнителю фактически понесенные расходы, связанные с подготовкой к оказанию услуг по настоящему Договору либо самим оказанием услуг по настоящему Договору.

4. ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ УСЛУГ

4.1. Исполнитель оказывает услуги в соответствии с требованиями юридических, профессиональных и морально-этических норм, соблюдая качество оказания медицинской помощи, обеспечивая безопасность оказываемой услуги.

4.2. Исполнитель оказывает услуги, совершая определенные действия или осуществляя определенную деятельность, которая неотделима от личностей его персонала, совершение таких действий или соответствующей деятельности означает исполнение по настоящему Договору.

4.3. Пациенту предоставляется полная и подробная информация о порядке оказания услуг устно, а также письменно (в Информированном согласии, подписываемом Пациентом согласно п. 3.3.5. настоящего Договора). Пациент подтверждает свое согласие на участие в обследованиях, обязуется тщательно выполнять условия диагностических исследований и ознакомлен с тактикой и условиями проведения обследований.

4.4. Пациент и Заказчик предупреждены о том, что в процессе оказания услуг в связи со спецификой услуг могут быть не достигнуты те цели/результаты, которые он ожидал. Цель услуг по настоящему Договору указана в п. 1.2. настоящего Договора.

4.5. Услуги по настоящему Договору считаются оказанными непосредственно в момент их оказания в соответствии со Сметой по настоящему Договору. Приемка услуг Пациентом по настоящему Договору не производится.

4.6. Исполнитель после исполнения договора выдает Пациенту медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние здоровья после получения платных медицинских услуг. При этом срок предоставления Заключения, основанного на результатах видео-ЭЭГ мониторинга, составляет до 7 (Семи) рабочих дней.

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

5.1. Исполнитель ставит Заказчика и Пациента в известность о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента.

5.2. В случае если при оказании платной медицинской услуги Заказчик/Пациент посчитает, что она оказана ненадлежащим образом, он обязан незамедлительно сообщить об этом Исполнителю для целей определения причин претензии и разрешения такой ситуации. Исполнитель не несет ответственности по претензиям по качеству оказанной услуги, если Заказчик/Пациент своевременно не заявил о своих претензиях.

5.3. Все споры и разногласия Стороны разрешают путем переговоров. Если Стороны не придут к соглашению, споры подлежат рассмотрению в порядке, определенном действующим законодательством РФ.

6. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ, РАСТОРЖЕНИЯ И СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

6.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента подписания каждой из сторон и действует до момента фактического оказания услуг Пациенту.


6.2. В случае отказа Заказчика/Пациента после заключения Договора от получения платных медицинских услуг настоящий Договор расторгается, при этом Заказчик оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.

7. ДРУГИЕ УСЛОВИЯ

7.1. Взаимоотношения Сторон, не урегулированные в настоящем Договоре, регулируются в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

7.2. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из Сторон.

8. РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

Заказчик	Исполнитель
Благотворительный фонд «Клуб добряков» Адрес: 117105, г. Москва, Варшавское шоссе, д. 13, строение 2 ИНН: 9717064452 КПП: 772601001 р/с 40703810538000007924 ПАО «СБЕРБАНК РОССИИ» Г. МОСКВЫ корр/сч 30101810400000000225 БИК 044525225	ООО «Центр Эпилепсии» Адрес: 127566, г. Москва, Высоковольный проезд, д. 1, корпус 3 ИНН 9715206461, КПП 771501001 ОГРН 1157746644043 ОКПО 45040310 р/сч 40702810596000000900 в «Газпромбанк» (Акционерное общество) к/сч 30101810200000000823 БИК 044525823
Директор /Кравченко М.В./	Генеральный директор  /Головтеева Ю.В./

**Приложение №1 к Договору на оказание платных медицинских услуг
№ 071220/БФ/65 от 07 декабря 2020 г.**

Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность Исполнителя:

Медицинская деятельность (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»):

При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги):

- А) при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: сестринскому делу, функциональной диагностике;
- Б) при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: педиатрии, терапии;
- В) при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: генетике, детской кардиологии, детской эндокринологии, кардиологии, неврологии, психиатрии, функциональной диагностике, эндокринологии.

Прейскурант Исполнителя на платные медицинские услуги:

	Наименование услуги	Стоимость, руб. (НДС не
1.	Консультация невролога, эпилептолога (стаж консультирования менее 10 лет)	4 000, 00
2.	Консультация невролога, эпилептолога (стаж консультирования более 10 лет)	8 000, 00
3.	Консультация Ведущего врача-невролога, эпилептолога	5 000,00
4.	Консультация заведующего отделением видео-ЭЭГ мониторинга	5 000, 00
5.	Консультация педиатра	4 000, 00
6.	Консультация нейропсихолога	4 000, 00
7.	Оценка нейрокогнитивного профиля	8 000, 00
8.	Скрининг когнитивных функций Эпитрек	1 000,00
9.	Консультация дефектолога	4 000,00
10.	Занятие с дефектологом	2 000,00
11.	Консультация нейролингвиста	4 000,00
12.	Планирование имплантации глубинных электродов	20 000,00
13.	Программирование VNS-стимулятора	2 000,00
14.	Видео-ЭЭГ мониторинг 1 час (дневное/ночное время)	7 000, 00
15.	Видео-ЭЭГ мониторинг 2 часа (дневное/ночное время)	8 000, 00
16.	Видео-ЭЭГ мониторинг 4 часа (дневное/ночное время)	9 000, 00
17.	Видео-ЭЭГ мониторинг 6 часов (дневное/ночное время)	10 000, 00
18.	Видео-ЭЭГ мониторинг 10 часов (дневное/ночное время)	16 000, 00
19.	Видео-ЭЭГ мониторинг сутки (22 часа подряд с 09:00 до 7:00 следующего дня)	32 000, 00
20.	Комплексное обследование и коррекция терапии	210 000,00
21.	Комплексное обследование и коррекция терапии 1 сутки	21 000,00
22.	Полноэкзомное секвенирование ДНК человека	47 000,00
23.	Полногеномное секвенирование ДНК человека	140 000,00
24.	Хромосомный микроматричный анализ	35 000,00
25.	Подтверждающее секвенирование по Сенгеру	20 000,00

Услуга «Видео-ЭЭГ мониторинг» включает в себя следующее:

- 1. электроэнцефалограмма (далее – «ЭЭГ») во время сна и бодрствования, дополнительные функциональные пробы, а именно предъявление слуховых и зрительных стимулов, проба на форсированное дыхание в случаях необходимости;
- 2. провокация эпилептических приступов путем временной отмены антиэпилептических лекарственных средств при необходимости уточнения характера болезни;

3. провоцирующие процедуры, а именно специфические диагностические провокации эпилептиформной активности и приступов во время ЭЭГ – фотостимулы, глубокое дыхание, недосыпание и некоторые индивидуальные процедуры по рекомендации лечащего врача;
4. дополнительные специфические провокации эпилептических разрядов и приступов по назначению врача либо врача видео-ЭЭГ в зависимости от задач и целей обследования;
5. видеозапись всего процесса исследования.

Во время проведения Видео-ЭЭГ мониторинга Заказчику для целей комфортного пребывания предоставляется в пользование: отдельная постель с необходимым бельем и принадлежностями, место в холодильнике, возможность подогреть и готовить пищу (СВЧ-печь, чайник, приборы).

Заказчик Благотворительный Фонд «Клуб добряков»	Исполнитель ООО «Центр Эпилепсии»
Директор _____ /Кравченко М.В./	Генеральный директор _____ / Головтеева Ю.В./



Приложение № 2. Смета по Договору
на оказание платных медицинских услуг
№ 0712200/БФ/65 от 07 декабря 2020 г.

№	ФИО Пациента	Наименование услуги	Стоимость, руб.	Примечания
1	Малых Виктория Евгеньевна	Видео-ЭЭГ мониторинг сутки (22 часа подряд с 09:00 до 7:00 следующего дня)	32 000,00	Полная оплата
2	Малых Виктория Евгеньевна	Консультация невролога, эпилептолога (стаж консультирования более 10 лет)	8 000,00	Полная оплата

Итого: 40 000, 00 (Сорок тысяч) рублей²

Заказчик Благотворительный Фонд «Клуб добряков» Директор _____ /Кравченко М.В./	Исполнитель ООО «Центр Эпилепсии» Генеральный директор _____ /Головтеева Ю.В./
--	---



² НДС не облагается в связи с применением Исполнителем упрощенной системы налогообложения

ФОРМА ИНФОРМИРОВАННОГО ДОБРОВОЛЬНОГО СОГЛАСИЯ ПАЦИЕНТА НА ОБСЛЕДОВАНИЕ

- 1.1. В соответствии с п. 3.3.5. Договора Стороны согласовали следующую Форму Информированного добровольного согласия Пациента на обследование (далее – «Информированное согласие»).
- 1.2. Заказчик проинформирован, что в случае отказа Пациента от подписания Информированного согласия, Исполнитель вправе незамедлительно отказаться от исполнения настоящего Договора.
- 1.3. Внесение изменений в нижеприведенную форму Информированного согласия производится по взаимному согласию сторон с учетом действующего законодательства.

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА
НА ОБСЛЕДОВАНИЕ**

Я, _____

(Ф.И.О. одного из родителей или иного законного представителя)

(подчеркнуть нужное)

« _____ » _____ года рождения, зарегистрирован (а) по адресу: _____

телефон: _____, адрес электронной почты: _____ паспортные данные: серия _____ номер _____, выдан _____,

когда _____, код подразделения _____, являющийся законным представителем _____ (ФИО ребенка), « _____ » _____ года рождения, свидетельство о рождении серия _____ номер _____, в соответствии со статьей 20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» № 323-ФЗ от 21.11.2011 г. информирован (-а) о своем состоянии здоровья, необходимости медицинского обследования и даю добровольное согласие на следующие виды диагностических исследований в Обществе с ограниченной ответственностью «Центр Эпилепсии» (ОГРН 1157746644043), расположенном по адресу: Россия, 127566, г. Москва, Высоковольтный проезд, д. 1, корпус 3:

1. электроэнцефалограмма (далее – «ЭЭГ») во время сна и бодрствования, дополнительные функциональные пробы, а именно, предъявление слуховых и зрительных стимулов, проба на форсированное дыхание в случаях необходимости;
2. провокация эпилептических приступов путем временной отмены антиэпилептических лекарственных средств (или снижения их дозировки), при необходимости уточнения характера болезни;
3. провоцирующие процедуры, а именно, специфические диагностические провокации эпилептиформной активности и приступов во время ЭЭГ – фотостимулы, глубокое дыхание, недосыпание и некоторые индивидуальные процедуры по рекомендации лечащего врача;
4. дополнительные специфические провокации эпилептических разрядов и приступов по назначению врача либо врача видео-ЭЭГ в зависимости от задач и целей обследования;
5. видеозапись всего процесса исследования.

О всех вышеперечисленных диагностических исследованиях мне подробно разъяснено, мне даны полные и всесторонние разъяснения о характере и методах проведения диагностических исследований, я информирован (-а) о целях диагностических процедур.

Мне в доступной для меня форме разъяснены все вышеперечисленные методы диагностических исследований и процедур, связанные с ними риски, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, ненаступление ожидаемого результата. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинского обследования.

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» № 323-ФЗ от 21.11.2011 г. в моих интересах может быть передана информация о состоянии лица, законным представителем которого я являюсь:

«_____» _____ года рождения, зарегистрирован (а) по адресу: _____

паспортные данные гражданина/законного представителя: серия _____ номер _____, кем выдан _____, дата выдачи _____, код подразделения _____.

Я подтверждаю свое согласие на участие в вышеперечисленных обследованиях, обязуюсь тщательно выполнять условия диагностических исследований и ознакомлен (-а) с тактикой и условиями проведения обследований.

Я даю свое согласие на передачу сведений, составляющих врачебную тайну в порядке ст. 13 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» № 323-ФЗ от 21.11.2011 г. (в том числе видеозаписи исследований), другим гражданам, в том числе должностным лицам, в целях медицинского обследования, проведения научных исследований, их опубликования в научных изданиях, использования в учебном процессе и в иных целях, трансляцию в сети Интернет либо на научных/исследовательских мероприятиях.

Я предупрежден (-а), что во время регистрации ЭЭГ, со мной может произойти epileptический приступ (равно как и в повседневной жизни).

Я предупрежден (-а), что в случаях возникновения длительного и непрекращающегося epileptического приступа, при необходимости мне будут оказывать медицинскую помощь сотрудники «Скорой медицинской помощи», прибывшие по вызову.

Я предупрежден (-а) и согласен (-на), что ЭЭГ-обследование может не привести к ожидаемому результату.

Я предупрежден, что срок предоставления заключения, основанного на результатах видео-ЭЭГ мониторинга, составляет от 5 (Пяти) до 7 (Семи) рабочих дней. Вышеуказанное заключение предоставляется мне по месту нахождения клиники ООО «Центр Эпилепсии» (г. Москва, Высоковольтный проезд, дом 1, корпус 3).

Я предупрежден (-а) о возможном неблагоприятном исходе непредвиденных epileptических статусов, длительность которых может быть более 15 минут, что, в свою очередь, может привести к опасному для жизни и здоровья осложнению эпилепсии.

Я предупрежден (-а), что для выполнения ЭЭГ чашечковые электроды могут быть наклеены на специальный клей – коллодий, который может оставаться на волосах в течение 3-5 дней, а также для выполнения ЭЭГ могут быть использованы специальные электродные липучки для ЭЭГ электродов, которые могут оставить допустимые следы их применения.

Я предупрежден (-а), что в период обследования в клинике ООО «Центр Эпилепсии», в том числе в специализированной лаборатории ООО «Центр Эпилепсии» при возникновении epileptического приступа не исключена травматизация, в частности, падения, удары при подергивании конечностей в момент приступа.

Я предупрежден (-а), что при возникновении у меня острых психозов, при неадекватном и агрессивном поведении в отношении лиц, находящихся в клинике, в том числе, посетителей и сотрудников клиники, сопровождающих лиц, тактику купирования моего агрессивного и неадекватного поведения определяет и выполняет сотрудник клиники ООО «Центр Эпилепсии».

Я предупрежден (-а), что в некоторых случаях по усмотрению врача при подготовке и проведении диагностического исследования необходимо участие сопровождающего меня лица.

(подпись)

(Ф.И.О. одного из родителей или иного законного представителя)

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

«_____» _____ г.

(дата оформления)

Также во исполнение требований Федерального закона «О персональных данных» № 152-ФЗ от 27.07.2006 г. я даю согласие на получение и обработку моих (моего законного представителя) персональных данных в вышеуказанных целях (диагностические исследования, медицинское обследование). Под обработкой персональных данных я понимаю сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, предоставление, обезличивание, блокирование, уничтожение и любые другие действия (операции) с моими персональными данными, совершаемые с использованием или без использования средств автоматизации.

Под моими персональными данными я понимаю любую информацию, относящуюся ко мне как к субъекту персональных данных, в том числе фамилию, имя, отчество, дату и место рождения, адрес, семейное, социальное, имущественное положение, образование, профессию, состояние здоровья, опыт работы, доходы, любую другую информацию обо мне, в том числе, сообщенную мною устно.

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

(подпись)

(Ф.И.О. одного из родителей или иного законного представителя)

« _____ » _____ г.

(дата оформления)

ФОРМА СОГЛАСОВАНА:

Заказчик Благотворительный Фонд «Клуб добряков» Директор _____ /Кравченко М.В./	Исполнитель ООО «Центр Эпилепсии» Генеральный директор _____ /Головтева Ю.В./
--	--

