

**Индивидуальный план\* обследования и лечения**

№ 000033797  
 01.06.2023

АО "Ильинская больница"  
 +7 (495) 645-33-77  
[www.ihospital.ru](http://www.ihospital.ru)

|               |                              |
|---------------|------------------------------|
| ФИО           | Смолякова Кира<br>Дмитриевна |
| Дата рождения | 01.07.2010                   |
| Договор №     |                              |
| Врач          | Петров М.А.                  |

| Услуга   | Кол-во | Цена    | Сумма к оплате, руб | Программа |
|--|--------|---------|---------------------|-----------|
| Первичная коррекция ригидного кифосколиоза с многоуровневыми остеотомиями задней опорной колонны   | 1      | 450 000 | 450 000,00          |           |
| 2- местная палата, 24 часа: уход и наблюдение за ребенком в стационарном отделении (индивидуальное размещение по медицинским показаниям) | 17     | 42 000  | 714 000,00          |           |
| Реанимационная палата, 24 часа   | 3      | 95 000  | 285 000,00          |           |
| Индивидуальный пост/сопровождение 24 часа, включая дополнительное размещение   | 3      | 17 000  | 51 000,00           |           |
| Трансфузия крови и ее компонентов (без стоимости компонентов крови и кровезаменителей)   | 1      | 14 000  | 14 000,00           |           |
| Аутогемотрансфузия во время операции с применением селл-сейвера  | 1      | 100 000 | 100 000,00          |           |
| Индивидуальный подбор компонентов крови  | 1      | 26 000  | 26 000,00           |           |
| Прием (осмотр, консультация) врача-анестезиолога первичный   | 1      | 12 000  | 12 000,00           |           |
| Панорамная (осевая) рентгенография позвоночника  | 1      | 15 000  | 15 000,00           |           |
| КТ всех отделов позвоночника   | 2      | 29 700  | 59 400,00           |           |
| Группа крови, резус-фактор, фенотипирование эритроцитов по системе Rh+Kell. Выполняется исключительно СИТО                               | 1      | 5 800   | 5 800,00            |           |
| Лабораторные исследования  | 1      | 150 000 | 150 000,00          |           |
| Лечение с применением компонентов крови  | 1      | 250 000 | 250 000,00          |           |
| Лечение с применением медикаментов   | 1      | 300 000 | 300 000,00          |           |
| Применение медицинских расходных материалов в лечении, не входящих в стоимость хирургии  | 1      | 600 000 | 600 000,00          |           |
| <b>ИТОГО, gross</b>  |        |         | <b>3 032 200,00</b> |           |

**ИТОГО 3 032 200,00**

Заказчик (Пациент) полностью согласен с указанной в настоящем Плате ориентировочной стоимостью Услуг, понимает, что перечень Услуг не является исчерпывающим, а итоговая стоимость Услуг может измениться ввиду обстоятельств, не зависящих от воли Сторон, в том числе в связи с появлением новых данных о характере и особенностях заболевания, изменениями в его развитии и течении, индивидуальными особенностями организма Заказчика (Пациента), медицинскими показаниями, осложнениями, носящими вероятностный характер и которые могут наступить при надлежащем, полном и качественном оказании Услуг Исполнителем, а также по иным причинам, составляющим объективную медицинскую необходимость. Окончательная стоимость услуг определяется в Акте.

В стоимость могут быть включены и подлежат 100 (Сто)% оплате все расходные материалы, лекарственные средства, компоненты крови, медицинские изделия, которые были заказаны/зарезервированы/приобретены Ильинской больницей специально и исключительно для данного Пациента и которые не при каких обстоятельствах во исполнение требований о безопасности используемых медицинских изделий и лекарственных препаратов не могут быть использованы для других пациентов (в т.ч. в связи со вскрытием герметичной упаковки, нарушением стерильности, неиспользованием всего объема заказанных компонентов крови и проч.).



Правила госпитализации и пребывания в стационаре Ильинской больницы

**ПАЦИЕНТ**  
(Заказчик/Представитель)

\_\_\_\_\_

подпись

\_\_\_\_\_

ФИО полностью

**ПОРУЧИТЕЛЬ**  
(согласно п. 4.3.2. Договора)

\_\_\_\_\_

подпись

\_\_\_\_\_

ФИО полностью

**ВРАЧ**  
(Исполнитель)

\_\_\_\_\_

подпись

Петров М.А.

