

ДОГОВОР О ПРЕДОСТАВЛЕНИИ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ И (ИЛИ) НЕМЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ № _____

Волгоград _____

« _____ » _____ 20 _____

государственное учреждение здравоохранения «Родильный дом № 1» (ГУЗ «Родильный дом № 1») (свидетельство о внесении записи в ЕГРЮЛ 34 № 000256813, выдано 24.12.2002 Инспекцией Министерства РФ по налогам и сборам по Тракторозаводскому району г. Волгограда), именуемое в дальнейшем **Исполнитель**, в лице **главного врача Прохвятилова Андрея Анатольевича**, действующего на основании Устава, с одной стороны, и

(фамилия, имя, отчество Потребителя — физического лица) _____ (дата рождения)

именуемый в дальнейшем **Потребитель**, с другой стороны, вместе именуемые **Стороны**, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора. 1.1. Исполнитель по заданию Потребителя обязуется оказать ему медицинскую и (или) немедицинскую услугу (далее — услуга)

(наименование услуги в соответствии с утвержденным Исполнителем прейскурантом)

, а Потребитель принять и оплатить эту услугу.

1.2. Услуга (и) оказывается врачом, имеющим сертификат специалиста:

(ФИО) _____ Высшая, Первая, Вторая _____ (категория — нужно отметить) _____ (ученая степень, звание — нужно указать)

1.4. Срок оказания услуги: _____ 1.5. Количество услуг (процедур): _____

2. Стоимость услуг и порядок их оплаты. 2.1. Потребитель подтверждает, что ознакомлен с Прейскурантом, утвержденным Исполнителем, до подписания настоящего договора. Стоимость Услуги определяется в соответствии с прейскурантом и составляет:

_____ руб. с учетом предоставленной, установленной Исполнителем, льготы — _____ % _____ руб.

Цена договора с учетом количества оказанных услуг (процедур) и / или предоставленных льгот: _____ Руб.

2.1. В случае изменения стоимости услуги, цена услуги определяется на основании прейскуранта, действующего на дату заключения договора. **2.3.** Порядок оплаты: безналичный расчет на лицевой счет Исполнителя либо в кассу Исполнителя на условиях (нужное отметить):

с согласия Потребителя на условиях 100% предоплаты до начала оказания услуги,
с согласия Потребителя на условиях _____% предоплаты (выплата аванса), окончательный расчет производится в течение 3 дней после подписания акта оказанных услуг
в течение 3 дней после подписания акта оказанных услуг.

2.4. Потребителю в соответствии с законодательством РФ выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных услуг.

3. Условия и порядок предоставления Услуг: 3.1. Услуга оказывается на основе добровольного волеизъявления Потребителя (законного представителя Потребителя) приобрести услугу на возмездной основе за свой счет, что не нарушает прав Потребителя на бесплатную медицинскую помощь в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее — программа) и территориальной программы государственных гарантий оказания населению Волгоградской области бесплатной медицинской помощи (далее — территориальная программа). **3.2.** Потребитель (его законный представитель) подтверждает, что ему была предоставлена в доступной для него форме и в полном объеме информация в соответствии с действующим законодательством (Приложение № 1), а также что у него имелась возможность в связи с этим задавать вопросы, на которые получены исчерпывающие ответы. **3.3.** Потребитель (его законный представитель) подтверждает, что Исполнитель предоставил в доступной для него форме и в полном объеме информацию о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения; об используемых при предоставлении услуги лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению; что имел возможность задавать вопросы, на которые получил исчерпывающие ответы. **3.4.** Потребитель подтверждает, что ему предоставлена в доступной для него форме и полная информация о том, что услуга может быть предоставлена на возмездной основе. **3.5.** Услуга предоставляется при наличии информированного добровольного согласия Потребителя (его законного представителя). **3.6.** Услуга предоставляется **на основании и в соответствии с: лицензией от 22.08.2018 № ЛО-34-01-003880**, выданной комитетом здравоохранения Волгоградской области (ул. Рабоче-Крестьянская, 16, Волгоград, 400001, тел. 8442-30-82-82) на осуществление медицинской деятельности при оказании первичной доврачебной и врачебной медико-санитарной помощи (далее МСП) в амбулаторных условиях, первичной врачебной МСП в условиях дневного стационара, первичной специализированной МСП в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара, специализированной медицинской помощи в условиях дневного стационара и в стационарных условиях, при проведении медицинских экспертиз по работам (услугам) по акушерскому делу, акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности), акушерству и гинекологии (искусственному прерыванию беременности), анестезиологии и реаниматологии, вакцинации (проведению профилактических прививок), диетологии, клинической лабораторной диагностике, лабораторной диагностике, медицинской статистике, неврологии, неонатологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, организации сестринского дела, операционному делу, рентгенологии, сестринскому делу в педиатрии, сестринскому делу, стоматологии общей практики, стоматологии терапевтической, терапии, трансфузиологии, ультразвуковой диагностике, физиотерапии, функциональной диагностике, эндоскопии, эпидемиологии, экспертизе временной нетрудоспособности; **правоустанавливающими документами Исполнителя, порядков, стандартов** (в полном объеме порядков и/или стандартов, либо в объеме, превышающем соответствующий порядок и/или стандарт и/или в виде отдельных консультаций или медицинских вмешательств — по соглашению сторон) и других документов в соответствии с законодательством РФ. **3.7.** Исполнитель предоставляет услугу, качество которой соответствует установленным обязательным требованиям. **3.8.** Если при предоставлении услуги требуется предоставление на возмездной основе дополнительных услуг, не предусмотренных договором, Исполнитель предупреждает об этом Потребителя. Без согласия Потребителя Исполнитель не вправе предоставлять дополнительные услуги на возмездной основе. При достижении согласия на оказание дополнительных услуг заключается договор на предоставление указанных услуг. **3.9.** Если при предоставлении услуги потребуются предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Потребителя при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с законодательством РФ. **3.10.** По требованию Потребителя на оказываемую услугу может быть составлена смета, которая, в случае ее составления, является неотъемлемой частью договора. **3.11.** Исполнителем после исполнения договора выдаются Потребителю (его законному представителю) медицинские документы и (или) документы (информация, сведения, носители информации (DVD и т.п.) (в зависимости от предоставленной Услуги) и т.п.) (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения услуг и (или) иную информацию. **3.12.** Потребитель дает Исполнителю согласие на обработку необходимых персональных данных Потребителя, в объеме и способами, указанными в Ф3 № 152-ФЗ «О персональных данных», для целей исполнения Исполнителем обязательств по Договору.

4. Права и обязанности Сторон. 4.1. Права и обязанности Потребителя: 4.1.1. Потребитель имеет право: 4.1.1.1. требовать предоставления услуги в соответствии с договором; 4.1.1.2. на предоставление предусмотренными законодательством информации и ознакомление с документами в установленном порядке; 4.1.1.3. при несоблюдении Исполнителем обязательств по срокам оказания услуги по своему выбору вправе: назначить новый срок оказания услуги; потребовать уменьшения стоимости предоставленной услуги; потребовать исполнения услуги другим специалистом;

расторгнуть договор и потребовать возмещения убытков; 4.1.1.4. при обнаружении недостатков оказанной услуги вправе по своему выбору потребовать: безвозмездного устранения недостатков; соответствующего уменьшения стоимости услуги; повторного оказания услуги; возмещения понесенных им расходов по устранению недостатков оказанной услуги своими силами или третьими лицами; 4.1.1.5. отказаться от исполнения настоящего договора в любое время при условии оплаты Исполнителем фактически понесенных им расходов, связанных с исполнением обязательств по договору; 4.1.1.6. пользоваться иными правами в соответствии с законодательством РФ. 4.1.1.7. Потребитель имеет право на выбор врача Исполнителя с учетом согласия врача. **4.1.2. Обязанности Потребителя:** 4.1.2.1. оплатить услугу на условиях настоящего договора. 4.1.2.2. до начала оказания услуги предоставить всю имеющуюся медицинскую документацию и иные сведения и информацию, касающиеся предмета обращения за медицинской помощью, включая сведения о перенесенных заболеваниях, аллергических реакциях, противопоказаниях (приложение 3). 4.1.2.3. незамедлительно уведомить Исполнителя о любых изменениях самочувствия и состояния здоровья, а также других обстоятельствах, которые могут повлиять на своевременность, качество и результаты оказываемых услуг. 4.1.2.4. соблюдать предписанный лечебно-охранительный режим, включая указания, рекомендации, назначения лечащего врача и правила поведения пациентов в лечебном учреждении; 4.1.2.5. своевременно уведомить Исполнителя о наличии / возникновении причины, которая может повлиять на сроки оказания услуги и, при необходимости, согласовать новые сроки оказания услуги; 4.1.2.6. Потребитель несет иные обязанности в соответствии с законодательством. **4.2. Права и обязанности Исполнителя:** 4.2.1. Исполнитель имеет право: 4.2.1.1. требовать от Потребителя предоставления всей информации, необходимой для качественного и полного оказания ему услуг; бережного отношения к имуществу Исполнителя и соблюдения правил внутреннего распорядка для пациентов учреждения; 4.2.1.2. пользоваться иными права в соответствии с законодательством РФ. 4.2.1.3. обрабатывать персональные данные Потребителя, включающие: фамилию, имя, отчество, пол, дату и место рождения, адрес проживания, контактный телефон, страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения - в медико-профилактических целях, в целях исполнения настоящего договора, а также вправе передавать персональные данные Потребителя в органы управления здравоохранением Волгоградской области в целях контроля качества предоставленных медицинских услуг; срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет пять лет для поликлиники и двадцать пять лет для стационара. 4.2.2. Исполнитель обязан: 4.2.2.1. оказать Потребителю услугу надлежащего качества и в установленный договором срок; 4.2.2.2. предоставить Потребителю предусмотренную законодательством информацию и документы; по требованию Потребителя предоставить для ознакомления копию Устава и лицензии; 4.2.2.3. выдать Потребителю документ, подтверждающий произведенную оплату; 4.2.2.4. несет иные обязанности в соответствии с законодательством РФ. 4.2.2.5. в случае получения письменного заявления Потребителя о прекращении обработки его персональных данных, Исполнитель обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате уже оказанной Исполнителем медицинской помощи.

5. Ответственность Сторон и порядок разрешения споров: 5.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору Стороны несут ответственность, предусмотренную законодательством РФ. 5.2. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение обязательств или за ненадлежащее исполнение обязательств, если докажет, что неисполнение обязательств или их ненадлежащее исполнение произошло вследствие непреодолимой силы, а также по иным основаниям, предусмотренным законом. 5.3. Вред, причиненный жизни или здоровью Потребителя в результате предоставления некачественной услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством РФ. 5.4. Претензии и споры, возникающие между Сторонами, разрешаются по соглашению Сторон с возможным привлечением независимых экспертов или в установленном законодательством порядке.

6. Срок действия договора, порядок его изменения и расторжения и иные условия: 6.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания и действует до полного исполнения Сторонами обязательств. 6.2. Договор считается исполненным после подписания Сторонами Акта о приеме-сдаче оказанных услуг — Приложение № 2. 6.3. Изменения и дополнения в договор могут быть внесены по соглашению Сторон в письменной форме. 6.4. В случае отказа Потребителя после заключения договора от получения услуг договор расторгается. Исполнитель информирует Потребителя о расторжении договора по инициативе Потребителя, при этом Потребитель оплачивает Исполнителю фактически понесенные исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору. 6.5. Потребитель вправе отказаться от исполнения договора и потребовать полного возмещения убытков, если в установленный срок недостатки оказанной услуги не устранены Исполнителем, а также вправе отказаться от исполнения договора, если им обнаружены существенные недостатки оказанной услуги или иные существенные отступления от условий договора и потребовать полного возмещения убытков, причиненных ему в связи с недостатками оказанной услуги. 6.6. Договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

7. Реквизиты Сторон: До заключения настоящего договора Потребитель подтверждает, что уведомлен о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего услуги), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя.

Исполнитель:

Потребитель:

ГУЗ «Родильный дом № 1»; 400006, Волгоград, ул. им. Жолудева, 1а ИНН 3441010960 КПП 344101001 ОГРН 1023402464359 тел.: 74-09-71 E-mail: roddom1tzt@mail.ru УФК по Волгоградской области (ГУЗ «Родильный дом №1» Л/с 20296Ш23730) Отделение Волгоград БИК 041806001 р/с 40601810700001000002

ФИО _____
адрес _____
телефон _____
паспорт (серия, №, когда, кем выдан) _____

Главный врач А.А. Прохватилов

МП

(подпись)

Приложение № 2 к договору от «___» _____ 20__ № _____

АКТ № _____ о приеме-сдаче оказанных услуг по договору от «___» _____ 20__ № _____

Волгоград

«___» _____ 20__

ГУЗ «Родильный дом № 1» (Исполнитель), в лице главного врача А.А. Прохватилова, действующего на основании Устава, с одной стороны и _____ (Потребитель), с другой стороны, составили настоящий акт о том, что в соответствии с указанным договором Потребитель принял оказанную Исполнителем по его заданию услугу:

(наименование услуги в соответствии с утвержденным Исполнителем прейскурантом)

(количество Услуг / процедур)

стоимостью _____ руб., с учетом предоставленной льготы _____ % руб., а всего на сумму: _____ руб.

Услуга оказана в соответствии с условиями договора, в полном объеме, качественно и в установленный срок. Потребитель претензий, связанных с исполнением указанного договора, в том числе по объему, качеству и срокам оказания услуг не имеет.

Исполнитель:

Потребитель:

Главный врач А.А. Прохватилов

МП

(ФИО, подпись)

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ И (ИЛИ) НЕМЕДИЦИНСКИХ (ЕСЛИ ПРИМЕНИМО) УСЛУГ

Настоящее информированное согласие на получение платных медицинских и (или) немедицинских услуг (далее - Услуги) составлено в том, что Потребитель (ФИО) _____

добровольно изъявил желание приобрести и получить услугу: _____ стоимостью _____ руб., а также в том, что Исполнителем —

ГУЗ «Родильный дом № 1» - предоставлена в доступной форме исчерпывающая предусмотренная действующим законодательством информация.

1. Потребитель (его законный представитель) подтверждают, что ему была предоставлена в доступной для него форме и в полном объеме информация, а также что у него имелась возможность задавать вопросы, на которые получены исчерпывающие ответы, а именно: 1.1. о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы и территориальной программы. 1.2. о наименовании Исполнителя, адресе места его нахождения; о данных документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в ЕГРЮЛ, с указанием органа, осуществившего государственную регистрацию; о лицензии на осуществление медицинской деятельности; о перечне платных услуг с указанием цен в рублях, сведения об условиях, порядке, форме предоставления услуг и порядке их оплаты; о порядке и условиях предоставления медицинской помощи в соответствии с программой и территориальной программой; о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации; о режиме работы Исполнителя, графике работы медицинских работников, участвующих в предоставлении платных услуг; об адресах и телефонах комитета здравоохранения Волгоградской области, Управления Росздравнадзора по Волгоградской области, Управления Роспотребнадзора по Волгоградской области. 1.3. о платных услугах, включая: порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи, применяемые при предоставлении платных услуг; информацию о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную услугу (его профессионального образования и квалификации); информацию о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи; другие сведения, относящиеся к предмету договора. 1.4. о Правилах предоставления медицинскими организациями платных услуг, о правах и обязанностях, предусмотренных действующим законодательством РФ. 1.5. о правилах поведения в лечебном учреждении. 1.6. о том, что сведения об обращении Потребителя за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении, составляют врачебную тайну, разглашение которой возможно только с письменного согласия Потребителя (его законного представителя), а без его согласия — в случаях, установленных действующим законодательством.

2. Потребитель подтверждает, что ему была предоставлена в доступной для него форме информация о том, что платные услуги оказываются Исполнителем, если: 2.1. Территориальной программой не предусмотрена та медицинская услуга, которую желает получить Потребитель; 2.2. Потребитель изъявляет желание получить медицинскую услугу на иных условиях, чем предусмотрено Территориальной программой (включая, но не ограничиваясь вне очереди, в более короткие сроки, с использованием лекарственных препаратов, не входящих в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, если их назначение и применение не обусловлено жизненными показаниями или заменой из-за индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, входящих в указанный перечень, а также применение медицинских изделий, лечебного питания, в том числе специализированных продуктов лечебного питания, не предусмотренных стандартами медицинской помощи); 2.3. Потребитель является гражданином иностранного государства, лицом без гражданства, за исключением лиц, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию, и гражданином РФ, не проживающим постоянно на ее территории и не являющимся застрахованными по обязательному медицинскому страхованию, если иное не предусмотрено международными договорами РФ (за исключением оказания экстренной медицинской помощи); 2.4. Потребитель самостоятельно обратился за получением услуг, за исключением случаев и порядка, предусмотренных ст. 21 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», и случаев оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи и медицинской помощи, оказываемой в неотложной или экстренной форме. 2.5. в иных предусмотренных действующим законодательством случаях.

3. Потребитель подтверждает, что ему было предоставлено в доступной для него форме обоснование оказания платных услуг, а именно (нужное отметить):

№	Обоснование
1	Все виды медицинского обследования, освидетельствования, консультаций, экспертиз и лечения, проводимые по инициативе больного или его родственников при отсутствии медицинских показаний .
2	Плановое обследование по медицинским показаниям пациента вне очереди (за исключением отдельных категорий граждан, имеющих право на получение медицинской помощи вне очереди в соответствии с Тер.программой) по его инициативе , инициативе его законных представителей или родственников при наличии очередности на данный вид обследования, оформленной в порядке, установленном Тер.программой.
3	Оказание медицинских услуг анонимно
4	Продление пребывания в круглосуточном стационаре по желанию больного при наличии показаний для продолжения его лечения в стационароразмещающих или амбулаторных условиях.
5	Самостоятельное обращение пациента за получением медицинских услуг, за исключением случаев и порядка, предусмотренных законодательством Российской Федерации.
6	Терапевтическое и хирургическое лечение по поводу дефектов при отсутствии медицинских показаний.
7	При оказании медицинской помощи в стационарных условиях применение лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания , в том числе специализированных продуктов лечебного питания, не входящих в Перечень ЖНВ/П и МИ , необходимых для оказания медицинской помощи в рамках Тер.программы (лекарственные препараты, медицинские изделия, необходимые для оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара, специализированной медицинской помощи, в том числе высокотехнологичной в стационарных условиях, паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях), если их назначение и применение не обусловлено жизненными показаниями или заменой из-за индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, по решению врачебной комиссии медицинской организации.
8	Оказание плановой медицинской помощи гражданам иностранных государств, лицам без гражданства, за исключением лиц, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию, и гражданам Российской Федерации, не проживающим постоянно на ее территории и не являющимся застрахованными по обязательному медицинскому страхованию, если иное не предусмотрено международными договорами РФ, а также аттестованным сотрудникам федеральных органов, по их желанию в рамках действующего законодательства.
9	Оказание медицинской помощи, за исключением экстренной, оказываемой до момента, когда устранена непосредственная угроза жизни больного, здоровью окружающих и возможна транспортировка больного в мед.организацию военнослужащим, сотрудникам органов внутренних дел, в том числе курсантам образовательных учреждений профессионального образования системы Министерства обороны РФ, Министерства внутренних дел РФ, а также других федеральных органов исполнительной власти, в составе которых проходят службу военнослужащие и приравненные к ним лица
10	Иные немедицинские услуги, предоставляемые медицинской организацией: размещение в маломестных палатах (боксах) пациентов по их желанию в случаях, когда данное размещение осуществляется не по медицинским и (или) эпидемиологическим показаниям, установленным уполномоченным федеральным органом исполнительной власти;
11	Индивидуальный сестринский уход за больным в стационаре, в том числе на дому, по желанию больного или его родственников
12	Отсутствие медицинской услуги в территориальной программе

4. Потребителю также разъяснено, что 4.1. Потребитель может получить как один из видов платных услуг, так и несколько или целый комплекс услуг; 4.2. проводимое лечение не гарантирует 100% результат и что как при предоставлении услуг, так и после их предоставления, возможны различные осложнения, обусловленные индивидуальными биологическими особенностями организма, а также неудобства и болезненные ощущения, которые не могут считаться недостатком услуги, т.к. являются неотъемлемой частью процесса адаптации, заживления и восстановления организма; 4.3. что используемая при предоставлении Услуги технология не может на 100% исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных индивидуальными биологическими особенностями организма, и в том случае, если предоставленная услуга была осуществлена с учетом всех необходимых требований, Исполнитель не несет ответственности за их возникновение; 4.4. для получения лучших результатов лечения, Потребитель должен исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей Исполнителя; 4.5. что по поводу имеющегося у Потребителя заболевания можно получить медицинскую помощь в других лечебных учреждениях.

5. Потребитель подтверждает, что ознакомлен с действующим прейскурантом цен на услуги и Потребитель согласен оплатить стоимость услуг(и) в соответствии с ним.

6. На основании предоставленной информации Потребитель добровольно желает заказать и получить указанную в договоре услугу у Исполнителя.

Исполнитель:

Потребитель:

Главный врач

А.А. Прохватилов

МП

(ФИО, подпись)

Анкета состояния здоровья пациента

Внимательно прочитайте анкету и ответьте на поставленные вопросы.

Данная информация необходима для безопасности здоровья и наибольшей эффективности лечения при предоставлении Вам медицинских услуг.

Примечание: данная анкета заполняется собственноручно.

Находитесь ли Вы в настоящее время под наблюдением какого - либо врача? Если да, то по какой причине?	
Был ли у Вас инфаркт миокарда, стенокардия, хирургические операции на сердце, нарушение ритма сердца? Если да, то когда?	
Страдаете ли Вы повышением (понижением) артериального давления, анемией?	
Вы пользуетесь кардиостимулятором?	
Болеете ли Вы ревматизмом, ревматическим поражением сердца, врожденными пороками сердца?	
Был ли у Вас гепатит, если да, то какой формы?	
Имеются ли у Вас заболевания печени?	
Болели ли Вы туберкулезом?	
Болели ли Вы диабетом?	
Страдаете ли Вы заболеванием щитовидной железы?	
Были ли у Вас припадки, обмороки?	
Имеются ли у Вас заболевания системы крови?	
Страдаете ли Вы заболеваниями дыхательной системы, бронхиальной астмой?	
Бывают ли у Вас аллергические реакции на лекарственные препараты, продукты питания и др.? Если да, то указать на какие.	
Принимаете ли Вы лекарственные препараты в настоящее время?	
Были ли у Вас травмы головы, шеи, позвоночника?	
Страдаете ли Вы венерическими заболеваниями, вирусом иммунодефицита человека (СПИД)?	
Для женщин: беременны ли Вы?	
Имеете ли Вы какие-либо другие серьезные сопутствующие заболевания или перенесенные операции?	
Добавьте то, что считаете важным.	

« ____ » _____ 20 ____ г. Ф.И.О. пациента _____
(дата заполнения)

(подпись)

(расшифровка подписи)

