

## УВЕДОМЛЕНИЕ

До заключения договора Исполнитель в доступной форме уведомляет Заказчика (Пациента) 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 Потребителя, а также уведомляет Потребителя (Пациента) о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

\_\_\_\_\_  
ФИО

(подпись)

## ДОГОВОР №К \_\_\_\_\_ ОКАЗАНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

г. Москва

«\_\_» \_\_\_\_\_ 2025

г.

\_\_\_\_\_  
ФИО

именуемый(ая) в дальнейшем «Заказчик» и/или «Пациент» с одной стороны и **Общество с ограниченной ответственностью «Амбулаторно-клинический центр Помощь» (ООО «АКЦ ПОМОЩЬ**), в лице генерального директора Барановой Марины Евгеньевны, действующего на основании Устава, именуемое в дальнейшем «Исполнитель» с другой стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

### 1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Исполнитель на основании обращения Заказчика (Пациента), обязуется оказать ему медицинские услуги по своему профилю в соответствии с Прейскурантом и лицензией на осуществление медицинской деятельности, а Заказчик (Пациент) обязуется оплатить услуги в размере, порядке и сроки, которые установлены настоящим Договором, и выполнять указания (рекомендации) специалистов Исполнителя.

1.2. Исполнитель осуществляет свою деятельность на основании лицензии № Л041-01137-77/00313948 от 13.06.2017 г., Департаментом здравоохранения г. Москвы, адрес: 127006, г. Москва, Оружейный пер., д. 43, тел. +7 (495) 777-77-77 на следующие работы (услуги): При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: медицинскому массажу; сестринскому делу; сестринскому делу в косметологии; физиотерапии; функциональной диагностике; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: терапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: косметологии; мануальной терапии; неврологии; психиатрии; психиатрии-наркологии; психотерапии; рефлексотерапии. При проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: амбулаторной судебно-психиатрической экспертизе. При проведении медицинских освидетельствований организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: психиатрическому освидетельствованию.

1.3. Перечень и стоимость платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с настоящим договором, определяются в соответствии с приложениями, являющихся неотъемлемой частью настоящего Договора. Услуги могут оказывать как в разовом (ситуативно) порядке, так и в рамках согласованного Сторонами плана лечения.

1.4. Полный перечень и стоимость платных медицинских услуг, оказываемых Исполнителем, размещается в доступной и наглядной форме на информационном стенде и, при наличии, на сайте Исполнителя. По запросу Заказчика Исполнитель предоставляет его в бумажном виде.

1.5. Исполнитель не участвует в реализации программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

**Настоящим Заказчик подтверждает, что на момент подписания настоящего договора Исполнитель уведомил его о том, что предусмотренные настоящим Договором медицинские услуги он может получить бесплатно в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Подписывая настоящий договор, Пациент добровольно согласился на оказание ему медицинских услуг на платной основе.**

\_\_\_\_\_  
(подпись)

### 2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

#### 2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1. Оказать медицинские услуги в соответствии с индивидуальными медицинскими показаниями и желаниями Заказчика (Пациента). Услуги могут предоставляться в полном объеме стандарта медицинской помощи либо в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, а также в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи, по письменному согласию Заказчика (Пациента).

2.1.2. Организовать и оказывать медицинскую помощь в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи,

информация, о которых предоставлена Заказчику (Пациенту) в доступной форме при заключении настоящего договора.

2.1.3. Обеспечить Заказчика (Пациента) бесплатной, доступной и достоверной информацией об исполнителе и предоставляемых им платных медицинских услугах в объеме, утвержденном действующим законодательством.

2.1.4. Предупредить Заказчика (Пациента) в случае, если при предоставлении услуг потребуются предоставление дополнительных медицинских услуг. Исполнитель не вправе предоставлять такие услуги на возмездной основе без оформления дополнительного соглашения к договору либо нового договора с указанием конкретных дополнительных медицинских услуг и их стоимости.

2.1.5. Вести учет видов, объемов, стоимости оказанных Заказчику (Пациенту) медицинских услуг, а также денежных средств, поступивших от него, соблюдать установленные законодательством Российской Федерации требования к оформлению и ведению медицинской документации, учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их представления.

2.1.6. По требованию Заказчика (Пациента) предоставить в доступной для него форме информацию:

а) 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;

б) об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению, а также сведения, позволяющие идентифицировать имплантированное в организм человека медицинское изделие.

## **2.2. Исполнитель вправе:**

2.2.1. Изменять по медицинским показаниям и экономическим причинам вид, объем, сроки и стоимость диагностики и лечения, а также план лечения по предварительному согласованию с Заказчиком.

2.2.2. При отсутствии у Исполнителя технических возможностей для выполнения необходимых диагностических или лечебных мероприятий, Исполнитель оставляет за собой право направить Пациента в иную специализированную медицинскую организацию;

2.2.3. Отказать Заказчику (Пациенту) в оказании платных медицинских услуг при его несогласии с предложенным Исполнителем планом лечения, его стоимостью, внесенными Исполнителем в план лечения изменениями по содержанию, срокам и стоимости медицинских услуг, при невозможности оказать в данном клиническом случае необходимую Заказчику (Пациенту) медицинскую услугу, а также в случае нарушения Пациентом медицинских предписаний, рекомендаций, Правил оказания платных медицинских Исполнителя, отказа от подписания согласия на медицинское вмешательство.

2.2.4. Отсрочить или отменить оказание услуги, в том числе в день назначения, в случае обнаружения у Заказчика (Пациента) противопоказаний как по общему состоянию здоровья, а равно, если это лечение не соответствует действующим стандартам оказания медицинской помощи и клиническим рекомендациям, а равно может вызвать нежелательные последствия;

2.2.5. отказать Пациенту в оказании услуг (в одностороннем порядке расторгнуть настоящий договор) в случае грубых нарушений Пациентом выполнения врачебных назначений, некорректного поведения по отношению к персоналу Исполнителя, неоднократных опозданий (без предупреждения) на прием и/или не явки на прием.

2.2.6. В случае непредвиденного отсутствия назначенного лечащего врача или врача, ранее оказывающего услуги, Исполнитель вправе назначить другого врача для оказания услуг Заказчику (Пациенту).

## **2.3. Заказчик (Пациент) обязуется:**

2.3.1. Своевременно сообщить медицинским работникам Исполнителя достоверные сведения о состоянии своего здоровья, о наличии противопоказаний, аллергических реакциях, хронических и перенесенных заболеваниях, иных особенностях организма.

2.3.2. Точно и своевременно выполнять все медицинские предписания, назначения, рекомендации медицинских работников Исполнителя, в том числе указанные в Информированном добровольном согласии, Памятке пациента, являться на прием в соответствии с врачебными назначениями, соблюдать правила предоставления платных медицинских услуг Исполнителя.

2.3.3. Перед получением медицинских услуг ознакомиться с Прейскурантом.

2.3.4. Оплачивать услуги Исполнителя в порядке, сроки и на условиях, которые установлены настоящим Договором.

2.3.5. Исключить вмешательство специалистов других медицинских организаций в проводимое Исполнителем лечение, так как это может снижать качество оказываемых услуг и является основанием для расторжения договора со стороны Исполнителя.

2.3.6. При появлении боли, дискомфорта и других жалоб в периоды между сеансами лечения (посещениями Исполнителя) немедленно извещать лечащего врача или дежурного администратора с обязательным внесением записей в медицинскую карту, либо посетить Исполнителя для оказания помощи. В противном случае оказанные услуги считаются надлежаще выполненными Исполнителем.

2.3.7. Заявлять об обнаружении недостатков (жалобах) при принятии выполненной услуги, ее отдельного этапа или в ходе ее исполнения, сообщать о них лечащему врачу для обязательного внесения соответствующей записи в медицинскую карту, в противном случае услуга считается выполненной

надлежащим образом. При невозможности обнаружить недостаток при принятии выполненной услуги в течение гарантийного срока Пациент вправе предъявлять требования, связанные с ее недостатками.

2.3.8. В случае невозможности явки на лечение и/или профилактический осмотр в назначенное лечащим врачом время предупредить об этом Исполнителя не менее чем за сутки, при этом Пациент обязан впоследствии в медицинской карте подтвердить невозможность явки в назначенное ранее время.

2.3.9. При невозможности выполнения Исполнителем своих обязательств по Договору, возникших по вине Пациента или расторжения настоящего Договора по инициативе Пациента, оплатить фактически оказанные услуги, в т.ч. стоимость израсходованных материалов и прочие понесенные расходы Исполнителя в полном объеме.

2.3.10. После завершения оказания услуг подписать Акт сдачи-приемки выполненных услуг

#### **2.4. Заказчик (Пациент) имеет право:**

2.4.1. Выбрать медицинского работника Исполнителя, с учетом его (работника) согласия, в том числе выбор другого медицинского работника, взамен ранее выполнявшего лечение.

2.4.2. Получать бесплатную и достоверную информацию об условиях предоставления платных услуг, а также иную информацию, касающуюся здоровья Пациента при предоставлении Исполнителем услуг

2.4.3. На сохранение в тайне о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья состояния его здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении.

**Пациент не возражает против проведения видеонаблюдения в помещениях Исполнителя (за исключением туалетных комнат), которое может проводиться Исполнителем в целях обеспечения безопасности посетителей (пациентов) и сотрудников, а также в целях улучшения качества обслуживания.**

2.4.4. На проведение по его просьбе врачебной комиссии и консультаций других специалистов Исполнителя по вопросам, связанным с качеством предоставления услуги;

2.4.5. При наличии претензий к качеству и срокам предоставляемой услуги требовать от Исполнителя исполнения ее другим специалистом, либо расторжения Договора и возмещения убытков в размере стоимости некачественно выполненной работы.

2.4.6. Отказаться от услуг Исполнителя посредством предоставления письменного отказа от лечения при условии полной оплаты выполненных по Договору платных медицинских услуг и всех понесенных Исполнителем убытков.

### **3. СТОИМОСТЬ УСЛУГ, СРОКИ И ПОРЯДОК ИХ ОПЛАТЫ**

3.1. Стоимость платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с настоящим договором, определяется в приложении к настоящему договору по действующему Прейскуранту.

3.2. При заключения дополнительного соглашения или отдельного договора на предоставление дополнительных медицинских услуг, их стоимость определяется по Прейскуранту, действующему на момент заключения.

3.3. Оплата услуг производится на основании Прейскуранта, действующего в день предоставления медицинской услуги, или на условиях предоплаты, если это согласовано Сторонами в приложениях к настоящему Договору.

3.4. Расчеты между сторонами осуществляются в российских рублях через кассу Исполнителя либо путем безналичного перечисления денежных средств на расчётный счет Исполнителя с предоставлением платежных документов, подтверждающего произведенную оплату.

3.5. Настоящим Заказчик (Потребитель) подтверждает, что ознакомился с Прейскурантом.

### **4. УСЛОВИЯ И СРОКИ ОКАЗАНИЯ УСЛУГ**

4.1. Основанием для предоставления платных медицинских услуг является добровольное желание Заказчика (Пациента) получить медицинские услуги за плату.

4.2. Началом срока предоставления (оказания) медицинских услуг по Договору определяется моментом (датой и временем) обращения Пациента к Исполнителю.

4.3. Если иное не согласовано Сторонами в приложении к договору, плане лечения, медицинские услуги предоставляются в день обращения за медицинской помощью. При этом срок оказания услуг зависит от состояния здоровья Пациента.

4.4. Стороны соглашаются с тем, что информированное добровольное письменное согласие Пациента является необходимым предварительным условием для начала оказания медицинской услуги, с которым Пациент ознакомлен и согласен.

4.5. До оказания медицинских услуг Пациент предоставляет достоверные сведения о состоянии своего здоровья в Анкете состояния здоровья Пациента. В случае одновременного прохождения Пациентом медицинских процедур в другом медицинском учреждении, Пациент обязан сообщить о виде и характере таких процедур специалистам Исполнителя. Если Пациент не сообщил о прохождении других процедур, то Исполнитель не несет ответственности за неблагоприятные последствия, которые могут возникнуть в связи с несовместимостью медицинских процедур.

4.6. Исполнитель предоставляет Пациенту гарантию на пересаженные волосы при отсутствии у Пациента онкологических, аутоиммунных, эндокринных и других системных заболеваний (в анамнезе, существующих на момент пересадки или приобретенных в течение последующего времени), а также выраженных дефицитов витаминов и микроэлементов, при соблюдении рекомендаций по реабилитации после

операции и надлежащем уходе за пересаженными волосами. Гарантия заключается в том, что пересаженные волосы приживаются, растут на протяжении всей жизни и не выпадают.

4.7. Исполнитель в качестве обеспечения гарантийных обязательств обязуется провести комплекс мероприятий по восстановлению нарушенного волосяного покрова в области пересадки с использованием специализированных лечебных процедур при наличии подтвержденного факта надлежащего ухода за пересаженными волосами в соответствии с рекомендациями врача.

4.8. Платные медицинские услуги могут предоставляться в полном объеме стандартов медицинской помощи, утвержденных Министерством здравоохранения РФ. **Настоящим Заказчик (Пациент) уведомлен и согласен с возможностью осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.**

4.9. Исполнитель назначает лечащего врача, который проводит консультацию и осмотр Пациента для установления предварительного диагноза, определяет методы и возможные варианты лечения, последствия лечения и предполагаемые результаты, степень риска лечения и возможные осложнения, информирует об этом пациента, в том числе о необходимости соблюдения рекомендаций и лечебно-охранительного режима, вместе с Пациентом составляет план лечения, обязательный для полного выполнения Сторонами в определенные врачом сроки.

4.10. **Заказчик (Пациент) предупрежден и согласен с тем, что при предоставлении платных медицинских услуг по настоящему договору, может возникнуть необходимость оказания дополнительных платных медицинских услуг. Предоставление Исполнителем дополнительных услуг оформляется дополнительным соглашением Сторон и оплачивается дополнительно.**

4.11. Стороны вправе по обоюдному согласию изменить набор и количество медицинских услуг в соответствии с индивидуальными рекомендациями, данными Пациенту специалистами Исполнителя, и пожеланиями Пациента. Соответствующие изменения и дополнения письменно оформляются путем составления нового Плана лечения, который вступает в силу с момента его подписания Сторонами.

4.12. Исполнитель имеет право привлекать третьих лиц для исполнения обязательств по настоящему договору.

4.13. Оказание услуг осуществляется по предварительной записи в дни и время, согласованные с Пациентом с учетом занятости специалистов Исполнителя.

4.14. По письменному запросу Заказчика медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающих состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, без взимания дополнительной платы, предоставляются в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения РФ от 31 июля 2020 г. № 789н "Об утверждении порядка и сроков предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них". Вышеуказанный приказ размещается в доступной и наглядной форме на информационном стенде и, при наличии, на сайте Исполнителя.

4.15. В процессе оказания медицинской помощи и/или при необходимости проведения оценки результата оказанных медицинских услуг в рамках врачебной комиссии, консилиума врачей и контроля качества оказанной медицинской помощи, Пациент разрешает привлекать внештатных врачей-специалистов соответствующей специальности и дает свое согласие на передачу персональных данных и сведений составляющих врачебную тайну указанным лицам в интересах своего обследования и лечения в рамках проведения врачебной комиссии, консилиума врачей и контроля качества оказанной медицинской помощи. При этом Исполнитель обязуется предупредить последних о необходимости соблюдения врачебной тайны.

## 5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

5.1. Исполнитель несет ответственность перед Заказчиком (Пациентом) за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего Договора, несоблюдение требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, в соответствии с порядками оказания медицинской помощи и стандартами медицинской помощи, применяемые при предоставлении платных медицинских услуг, разрешенным на территории Российской Федерации, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни Заказчика (Потребителя) в размере реально причиненного ущерба.

5.2. При неисполнении Заказчиком (Пациентом) условий настоящего Договора, Исполнитель не несет ответственности за результаты оказания медицинских услуг и не гарантирует достижения ранее заявленных результатов услуг.

5.3. Исполнитель предоставляет гарантию на выполненные работы (услуги) в соответствии с Положением о гарантийных сроках, с которым Заказчик (Пациент) ознакомился перед подписанием настоящего договора. Необходимым условием соблюдения гарантийных обязательств Исполнителем является проведение, контрольных и профилактических осмотров, рекомендованных врачом.

5.4. Исполнитель освобождается от ответственности за невыполнение или ненадлежащее исполнение обязанностей по договору, если неисполнение или ненадлежащее исполнение произошло по независящим от Исполнителя причинам, вследствие непреодолимой силы.

5.5. Заказчик (Пациент) обязан возместить Исполнителю убытки, вызванные неисполнением обязанностей по договору или противоправными действиями Заказчика (Пациента).

5.6. При наличии задолженности по оплате Исполнитель вправе приостановить дальнейшее оказание услуг до даты погашения задолженности.



## 6. ПОРЯДОК РАССМОТРЕНИЯ СПОРОВ

6.1. Все споры и разногласия по порядку исполнения данного Договора Стороны решают путем переговоров. Обязательства Исполнителя по данному Договору считаются выполненными при оказании полного объема услуг, оплаченных Пациентом.

6.2. В случае возникновения разногласий по вопросам качества оказанных услуг, спор рассматривается врачебной комиссией Исполнителя, в том числе с привлечением сторонних специалистов. При подписании договора, пациент разрешает предоставлять медицинскую информацию всем работникам Исполнителя и сторонним медицинским специалистам для контроля качества оказания медицинских услуг.

6.3. Понимая субъективность оценки результатов медицинских услуг, стороны договорились проводить оценку результатов не ранее сроков, указанных в Информированном согласии на оказание платных медицинских услуг, путем оценки результатов на совместном заседании Пациента и Врачебной Комиссии Исполнителя.

6.4. Если стороны не достигли взаимного согласия и требования стороны не удовлетворены, Заказчик (Потребитель) может направить обращения (жалобу, претензию) на почтовый адрес, указанный в реквизитах настоящего договора или лично путем обращения в регистратуру Исполнителя. Срок ответа на претензию 10 (десять) календарных дней с даты ее получения. В случае неурегулирования разногласий путем переговоров, стороны разрешают разногласия в судебном порядке.

## 7. СРОК ДЕЙСТВИЯ, ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА

7.1. Договор вступает в силу со дня его подписания и действует до полного выполнения сторонами своих обязательств.

7.2. Настоящий договор может быть досрочно прекращен по соглашению Сторон или в одностороннем порядке:

- при письменном уведомлении другой Стороны об этом намерении;
- в случае невыполнения одной из Сторон обязательств по настоящему договору;
- обнаружения у Пациента заболевания несовместимого с выбранной методикой оказания медицинских услуг. При этом Исполнитель обязуется возратить Пациенту предварительно оплаченную им в рамках настоящего Договора сумму, за вычетом стоимости оказанных услуг
- в других случаях, предусмотренных действующим законодательством РФ.

7.3. В Договор может быть в любое время расторгнут в одностороннем порядке по инициативе Пациента. В этом случае Пациент обязуется уплатить Исполнителю часть цены, пропорционально части оказанных медицинских услуг и фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

## 8. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

8.1. **Заказчик (Пациент) дает свое согласие получать информацию о предлагаемых скидках, проводимых акциях, прочей информации о работе Исполнителя, а также пересылать информацию, включая обработку и пересылку результатов лабораторной диагностики, по представленным электронной почте, а также голосовыми сообщениями по телефонной связи, текстовыми смс-сообщениями с использованием систем мгновенного обмена сообщениями.**

8.2. Заказчик (Пациент) соглашается с тем, что все свои обращения, претензии, заявления и т.п., связанные с действием настоящего Договора, принимаются Исполнителем **в письменном виде по реквизитам Исполнителя**, указанным в разделе 9 настоящего Договора.

8.3. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

8.4. В соответствии с п.2 ст.160 Гражданского кодекса РФ при подписании настоящего договора, приложений и дополнительных соглашений к нему со стороны Исполнителя может быть использовано факсимильное воспроизведение подписи.

## 9. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

### Исполнитель: ООО «АКЦ ПОМОЩЬ»

Юридический адрес: 115582, г. Москва, вн.тер.г.  
муниципальный округ Орехово-Борисово Южное, проезд  
Шипиловский, д. 53/2, помещ. 1А/1

ИНН 7728536872 КПП 770201001

ОГРН 1057746096924

Электронная почта: mail@akc-help.ru

Адрес осуществления медицинской деятельности: 129110, г.  
Москва, вн.тер.г. муниципальный округ Мещанский, Напрудный  
пер., д. 8, стр. 1, помещение 1/2

Лицензия на осуществление медицинской деятельности  
ЛО41-01137-77/00313948 от 13.06.2017 г. Срок действия:  
бессрочно

Выдана: Департаментом здравоохранения г. Москва,  
находящимся по адресу: 127006, г. Москва, Оружейный пер., д.  
43, тел.: +7 (495) 777-77-77

р/с 40702810001300042364

в АО «Альфа-Банк» г. Москва

к/с 30101810200000000593

БИК 044525593

Генеральный директор \_\_\_\_\_/Баранова М.Е./

### Заказчик (Пациент)

ФИО

Паспорт:

Выдан:

Дата выдачи:

Адрес:

Телефон:

\_\_\_\_\_/Фамилия И.О./

В соответствии с п. 1.3. Договора Исполнитель на основании обращения Пациента обязуется оказать ему следующие медицинские услуги:

№	Код услуги	Наименование услуги	Медицинский работник	Кол-во	Цена, руб.	Скидка	Сумма, руб.
	A16.01.025	<b>Трансплантация волос головы бесшовный метод FUE до 4000 графтов</b>		1		0	
						<b>Итого</b>	

\*Графт – это микрофрагмент кожи, содержащий от 1-го до 4-х волосяных фолликулов (луковиц).

<b>Порядок оплаты и Условия предоставления услуги</b>	<p>1. Оплата Услуг производится Пациентом <b>в полном размере до начала их предоставления.</b></p> <p>2. Для бронирования определенной даты трансплантации Пациент должен <b>внести аванс, после чего за ним закрепляются выбранные дата и время предоставления Услуг.</b> Возврат внесенного Пациентом аванса предусмотрен при письменном уведомлении Исполнителя об отказе от предоставления Услуг не позднее чем за 7 календарных дней до их оказания.</p> <p>3. Пациент вносит <b>аванс в размере 5 000 (пяти тысяч) рублей.</b> Оплата оставшейся части суммы по Договору должна быть произведена не позднее времени начала оказания Услуг.</p> <p>4. В случае отказа Пациента от предоставления Услуг позднее чем за <b>7 календарных дней</b> до согласованной даты или невозможности предоставления Услуг по вине Пациента сумма аванса не возвращается.</p> <p>5. Трансплантация (ее этап) проводится <b>в течение одного дня.</b> Дата и время проведения трансплантации заранее согласовываются Сторонам и могут быть изменены по письменному соглашению Сторон не позднее 3 рабочих дней до ранее согласованной даты.</p> <p>6. В случае опоздания Пациента более чем на <b>1 (один) час</b> по отношению к назначенному времени предоставления Услуг, Исполнитель оставляет за собой право на перенос даты и времени оказания Услуг.</p> <p>7. Пациент согласен с тем, что врач при обнаружении в ходе трансплантации обстоятельств, которые не могли быть обнаружены до начала ее проведения, делающих невозможным пересадку оговоренного количества графтов, изменит объем трансплантации до необходимого, по его мнению, количества графтов, предварительно поставив в известность Пациента.</p> <p>8. Оценка результата проведенной Пациента трансплантации может осуществляться не ранее чем через 12 месяцев с даты ее проведения и при условии отрачивания Пациентом пересаженных волос длиной не менее 5 см.</p>
<b>Срок оказания услуг</b>	Согласованные медицинские услуги предоставляются в срок, не превышающий 1 (один) год с даты их оплаты Заказчиком.

**ПОДПИСИ СТОРОН**

Исполнитель:  
ООО «АКЦ ПОМОЩЬ»

Заказчик (Пациент):  
ФИО

Генеральный директор  
\_\_\_\_\_ / Баранова М.Е./

Подпись

В соответствии с Приложением N 2  
Приказа Министерства здравоохранения  
Российской Федерации от 12 ноября 2021 г. N 1051н

### ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)  
"\_\_" \_\_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированный по адресу:  
\_\_\_\_\_

проживающий по адресу:

(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные 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 Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н (далее – виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (~~ненужное зачеркнуть~~), а именно:

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование.
3. Антропометрические исследования.
4. Термометрия.
5. Тонометрия.
6. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций.
7. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций.
8. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).
9. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические.
10. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, рэоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных).
11. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования.
12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно.
13. Медицинский массаж.
14. Лечебная физкультура

в Общество с ограниченной ответственностью «Амбулаторно-клинический центр Помощь» (ООО «АКЦ ПОМОЩЬ»)

Медицинским работником \_\_\_\_\_  
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (~~ненужное зачеркнуть~~), в том числе после смерти:

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

Дата оформления: «\_\_» \_\_\_\_\_ 2025 г.

«УТВЕРЖДАЮ»

Генеральный директор  
ООО «АКЦ ПОМОЩЬ»

Баранова М.Е.

«\_\_» \_\_\_\_\_ 2025 г.

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ  
на медицинскую услугу «Трансплантация волос головы бесшовным методом»  
в ООО «АКЦ ПОМОЩЬ»**

Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии со статьями 19, 20, 22 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011г. №323-ФЗ

Коды услуг:	A16.01.025 – Трансплантация волос головы бесшовным методом
Наименование оборудования:	

Настоящим я, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина)

"\_\_" \_\_\_\_\_ года рождения,

даю информированное добровольное согласие (далее по тексту – Согласие) на предоставление мне медицинской услуги «Трансплантация волос головы бесшовным методом» в ООО «АКЦ ПОМОЩЬ» (далее по тексту – Клиника), ИНН 7728536872, оказывающее услуги по адресам, указанным в действующей Лицензии на осуществление медицинской деятельности.

**Причины предоставления Услуги:** наличие желания Пациента, медицинских показаний, технической возможности Клиники, а также отсутствие противопоказаний для предоставления Услуги.

**Описание Услуги.** Трансплантация волос головы бесшовным методом – это манипуляция, направленная на сохранение или восстановление структурной целостности и функциональной активности покровных тканей человеческого организма, на восстановление волос, утраченных по разным причинам (андрогенетическая или другие), путем перемещения свободных волосяных графтов (трансплантатов, фолликулярных единиц) из зоны достаточного роста (донорская) в зону отсутствия волос (реципиентная).

**Цели предоставления Услуги:** устранить эстетических дефектов кожного (волосяного) покрова; сохранить, продлить и повысить качество жизни.

**Показания к предоставлению Услуги:** андрогенная алопеция; рубцовая алопеция; залысины на лбу и висках, врожденная высокая линия роста волос; необходимость коррекции линии роста волос в области бровей, усов, бороды, висков.

**Противопоказания к предоставлению Услуги:**

**Абсолютными противопоказаниями к операции являются:**

Хронические заболевания внутренних органов в стадии декомпенсации/обострения;

Острые заболевания;

Нарушения свертывающей системы крови (тромбоцитопении, коагулопатии и другие);

Злокачественные новообразования; период лечения химиотерапией, лучевая терапия большими дозами (пациент находится на этапе лечения у онколога либо проходил данное лечение в течение года до планируемой даты операции);

Беременность; послеродовой период; лактация

**Относительными противопоказаниями являются:** состояние после облучения и химиотерапии (если лечение было проведено год и более назад); период менструации; заболевания центральной и/или периферической нервной системы (невралгии, невриты и т.д.); алкоголизм; курение; наркомания; состояние сильного и/или продолжительного стресса; истощение организма (кахексия); анорексия и другие расстройства пищевого поведения; применение иммунодепрессантов, антикоагулянтов, антидепрессантов, цитостатиков, гормонов и иных лекарств, которые могут повлиять на свертываемость крови, состояние иммунитета, обменные процессы; заболевания щитовидной железы в компенсированной форме; заболевания крови и кроветворных органов; инфекционные заболевания; патологии сердечно-сосудистой системы; сахарный диабет в компенсированной форме; ожирение, тромбоцитопения, анемия тяжелой степени

Наличие у пациента относительных противопоказаний повышает вероятность возникновения у него рисков и осложнений, недостижения планируемого результата медицинского вмешательства.

**Иные противопоказания к предоставлению** услуги обсуждаются с врачом индивидуально на основании данных, указанных в медицинской документации.

**Рекомендованный курс предоставления Услуги:** 1 процедура.

**Риски при предоставлении Услуги:**

Я понимаю, что при проведении запланированных хирургических, лечебных и/или диагностических процедур существуют риски и опасности для моего здоровья. Я осознаю, что при проведении хирургических, лечебных и/или диагностических процедур не исключена возможность инфекции, тромбоземболии, кровотечения, аллергических реакций, смерти и иных неблагоприятных последствий.

Несоответствие предполагаемых ожиданий от результата предоставляемой Услуги и фактическим состоянием; возможные незапланированные финансовые расходы на предоставление побочных и дополнительных медицинских услуг; отсрочка положительного результата после предоставления Услуги до нескольких недель; возможные осложнения после предоставления Услуги и необходимость их коррекции; временное ухудшение самочувствия и общего состояния организма.

**Альтернативные варианты предоставления Услуги.** Пациент подтверждает, что до принятия решения о предоставлении ему данной Услуги, он ознакомлен с предложенными ему альтернативными вариантами предоставления услуг, направленных на достижение целей, указанных в настоящей Согласии, такие как ничего не предпринимать, ношение парика, использование медикаментов, трихопигментации, выполнение трансплантации искусственных волос или их комбинации. Он осознанно выбирает данную Услугу из числа предложенных и согласен на её предоставление.

**Предполагаемый результат предоставления Услуги.** Планируемый результат - рост волос в зонах их отсутствия.

Я осознаю, что хороший результат в определенной степени зависит от объема трансплантации волос и количества этапов. Исходя из этого врач не может давать гарантий достижения полного эстетического эффекта.

Я осознаю, что состояние и количество волос до трансплантации является решающим фактором для получения окончательного результата, понимаю, что после трансплантации у меня не будет такого волосяного покрова, какой был до выпадения волос.

Я был(а) проинформирован(а) о том, что:

- все пересаженные волосы выпадают в течение 1 месяца и начинают расти через 3-4 месяца
- после процедуры пересадки возможен эффект «шоклосс» (процесс, когда могут временно поредеть, свои не пересаженные волосы). Этот период может длиться до 3-4 месяцев.
- при начале роста пересаженных волос в реципиентной зоне может появляться раздражение фолликулиты, которые проходят самостоятельно после прорастания основного количества волос (4-6 мес.)

Я понимаю, каких результатов мне следует ожидать после трансплантации волос. Мне подробно объяснили возможности данной процедуры и понимаю, что после завершения трансплантации у меня не будет эффекта полного заполнения волосами.

Я осведомлен, что плотность пересаженных волос будет отличаться от природной густоты моих собственных волос до их выпадения (до постановки диагноза андрогензависимая/диффузная/рубцовая/алопеция). В случае темных волос и светлой кожи, после пересадки возможно не достичь естественного вида.

Мне объяснили, что для достижения наилучшего результата, в будущем еще может потребоваться трансплантация волос.

Мне объяснили, что на данном этапе невозможно определить локализацию и степень облысения в будущем (включая его боковую и заднюю части). Поэтому в будущем волосы могут выпасть, что изменит внешний вид той части головы, на которую они были пересажены. Трансплантаты возможно не будут постоянными, они, как правило, более прочные, хотя есть вероятность их выпадения.

У большинства мужчин волосы начинают выпадать в разных местах головы, но они относительно меньше теряют волос в донорских областях (затылочной и боковой частях). У небольшой части мужчин (менее 10 %) также выпадает большая часть донорских волос, что сильно влияет на конечный результат.

Пациент согласен с тем, что так как результат предоставления Услуги почти всегда носит нематериальный характер и выражается в достижении определённого состояния, и так как действия биологических законов и процессов, затрагиваемых при медицинском вмешательстве, не подвластны ни абсолютному контролю, ни воле со стороны человека, то Клиника, по независящим как от неё, так и от Пациента причинам, не может гарантировать только лишь положительный результат предоставленной Услуги. Даже при надлежащем выполнении обеими сторонами своих обязательств по договору, применении самых результативных и зарекомендовавших себя достижений современной медицинской науки, результат предоставления Услуги не является на 100% прогнозируемым и может выражаться как в восстановлении, улучшении, так и в отсутствии каких-либо изменений и даже в ухудшении патологических процессов.

Я понимаю, что целью процедуры является улучшение эстетических качеств. Мне совершенно понятно, что оценка эстетического результата вмешательства является субъективной и зачастую расходится у людей. Результат может не соответствовать моим ожиданиям, но я добровольно принимаю на себя данные риски.

**Возможные побочные реакции и осложнения после предоставления Услуги:**

Я понимаю, что возможны следующие осложнения и последствия в связи с данным вмешательством:

- келоидные и гипертрофические рубцы в области донорской и реципиентной зоны
- плохой рост трансплантированных волос

- периодические боли в области скальпа в течение 3 месяцев
- потеря чувствительности реципиентной зоны до 6 месяцев
- потеря чувствительности скальпа
- заметные рубцы на донорских участках
- неестественный рост трансплантированных волос
- выпадение трансплантированных волос
- аллергические реакции или иные проблемы, связанные с медикаментами
- небольшое онемение донорской зоны
- зуд в области донорской и реципиентной зоны
- фолликулит по всей поверхности головы
- гематомы реципиентной зоны
- присоединение вторичной инфекции в области трансплантации
- гиперемия в области донорской и реципиентной области
- отек в области головы с переходом на лицо и шею

**Анестезия.** Пациенту разъяснено, что при предоставлении Услуги возможно применение инъекционной анестезии. Пациент проинформирован об основных преимуществах и осложнениях анестезии, которые могут проявляться в виде различных аллергических реакций (анафилактического шока, отёка Квинке, обморока, коллапса и др.) и постинъекционных гематом и полностью согласен на её применение.

**Пациент информирован, что существует редкая вероятность индивидуальных побочных эффектов или серьезных осложнений.** Клиенту разъяснено, что курение, употребление алкоголя (в послеоперационном периоде - до 14 дней с момента операции), применение некоторых медицинских препаратов и определенные заболевания (сахарный диабет, бронхиальная астма и пр.) могут привести к развитию осложнений общего и местного характера, что не может являться основанием для претензий к качеству оказанной медицинской услуги. Клиент понимает, что степень проявления побочных эффектов находится в зависимости от индивидуальных особенностей его организма.

Пациенту известно, что строгое соблюдение рекомендаций поможет этого избежать.

**Рекомендации после предоставления Услуги** предоставлены пациенту в полном объёме.

***Мытье головы в первые 10 дней после пересадки:***

Чтобы усилить процесс регенерации клеток кожи и обеспечить увлажнение, нужно использовать лекарственное средство «Пантенол» спрей. Он является эффективным средством для ухода за кожей.

Нанесите Пантенол на пересаженную зону и оставьте его на 20-25 минут, затем смойте его слабым напором теплой воды.

После этого переходим к следующему шагу - применению шампунь-пенка Ла-кри.

Шампунь следует вспенить в руках и нанести пену на пересаженную зону легкими придавливающими движениями пальцев. Для донорской зоны (затылка) можно использовать более интенсивные движения. Оставьте шампунь на волосах 2-3 минуты, а затем смойте его слабым напором теплой воды.

Если на 10-12 день после пересадки волос у вас все еще остались корки, свяжитесь с нами для дальнейших рекомендаций. После снятия корок вы можете продолжать использовать ваш привычный шампунь без добавок (без сульфатов, ментола, мяты)

***Рекомендации после пересадки волос:***

Избегать травмирования зоны пересадки. Врачи рекомендуют не прикасаться к пересаженному участку в течение первых 10 дней после процедуры. Это поможет избежать возможных повреждений и смещения трансплантатов. Также стоит обратить внимание на половую активность. Половой акт может вызвать повышенное потоотделение, что может привести к смещению трансплантатов, особенно в первые 7-10 дней после операции. Поэтому рекомендуется быть осторожным и избегать интенсивных физических нагрузок в этот период.

Еще одно важное указание – избегать посещения бань, саун и плавания в течение 1 месяца после операции. В этот период происходит заживление трансплантатов и донорской зоны, поэтому рекомендуется избегать контакта с водой, чтобы избежать риска инфицирования.

Также рекомендуется не чесать зону пересадки волос. Царапание кожи головы ногтями может повредить корки и замедлить процесс заживления. Вместо этого, можно аккуратно потереть область или делать массаж во время мытья и после. Это поможет уменьшить зуд и не повредить пересаженные волосы.

Одна из важных вещей, которую следует учесть, это избегать употребления алкоголя и никотина. Употребление алкогольных напитков и никотина может негативно сказаться на процессе заживления и увеличить риск осложнений.

Никотин может сужать кровеносные сосуды и замедлять процесс заживления. Рекомендуется воздержаться от употребления, как минимум за две недели до и после операции.

Также следует обратить внимание на ношение головных уборов. В первые 14 дней после операции рекомендуется отказаться от ношения шапок или других головных уборов, которые могут натирать зону пересадки и повредить пересаженные волосы. Однако после снятия корочек можно носить головной убор для защиты от солнца или холода. Следующий совет – избегать солнечного света. Прямые солнечные лучи могут повредить кожу головы и оказать негативное воздействие на заживление. Поэтому рекомендуется защищать кожу головы от солнца в течение двух месяцев после операции.

Пациент понимает, что несоблюдение указанных рекомендаций, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой Услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на здоровье пациента.

**Вариативность Услуги в процессе её предоставления.** Пациент предупрежден и согласен с тем, что объем манипуляций в ходе предоставления Услуги может варьироваться, а окончательный выбор объема корректируется во время предоставления Услуги врачом.

**Информация о своём здоровье.** Пациент поставил в известность врача обо всех проблемах, связанных с здоровьем пациента, в том числе: об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных пациентом и известных ему травмах, операциях, заболеваниях, принимаемых лекарственных средствах, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на него во время жизнедеятельности.

Пациент сообщил правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств. Пациент понимает, что выполнение данной процедуры при существующих противопоказаниях к ней могут спровоцировать нежелательные побочные эффекты.

Пациент утверждает, что вышеуказанных противопоказаний, а также индивидуальных противопоказаний к процедуре, о которых ему сказал лечащий врач, у пациента нет.

Пациент признаёт, что он не признан судом недееспособным вследствие психического расстройства и над ним не установлена опека, равно как и то, что он и не ограничен судом в дееспособности вследствие наличия психического расстройства или пристрастия к азартным играм, злоупотребления спиртными напитками или наркотическими средствами и над ним не установлено попечительство.

**Информирование об Услуге.** Пациент в полной мере проинформирован об особенностях предоставления Услуги, о методе её предоставления, этапах её выполнения, показаниях, противопоказаниях, возможных побочных реакциях, осложнениях, возможном риске, последствиях и результатах.

Получив полную информацию о предстоящей Услуге, пациент подтверждает, что ему понятен смысл всех терминов, и он добровольно соглашается на её предоставление. Настоящее согласие совершено пациентом по собственной воле и закрепляет действительное намерение предоставить указанную в настоящем согласии Услугу.

Пациент имел возможность задать своему лечащему врачу все интересующие пациента вопросы. Пациенту даны исчерпывающие ответы на все заданные пациентом вопросы. Данное согласие является подтверждением обсуждения пациента с медицинским работником вышеупомянутой Услуги. Пациент подтверждает, что до подписания Договора на предоставление платных медицинских услуг он прочитал и понял всю представленную ему информацию.

Пациент согласен, что при смене лечащего врача или специалиста, предоставляющего ему Услугу, все положения настоящего согласия сохраняются. В этом случае обеим сторонам подписание нового Договора и принятие нового согласия не требуется.

**Обращение в стороннее медицинское учреждение.** Пациент согласен с тем, что в период проводимого лечения без согласования с лечащим врачом или администрацией Клиники при обращении в стороннее медицинское учреждение (исключая экстренные и неотложные состояния по жизненным показаниям) для продолжения лечения или устранения допустимых реакций организма, осложнений – исключает виновное пренебрежение законным интересам пациента со стороны Клиники, и последняя не принимает на себя ответственности за проведение альтернативного вмешательства, делающим невозможным завершить неоконченную Услугу.

**Сроки осмотров.** Пациент является на плановый и контрольный осмотры по своему усмотрению в согласованное с врачом время. Пациенту рекомендовано присылать отчет о своем самочувствии на 3-й день, день; 7й день; 10-й день; 15-й день; 30-й день, в последующем каждый месяц до 12 месяцев. Пациент при необходимости может записаться на плановый прием и осмотр при согласовании с врачом

---

*(подпись)*

---

*(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)*

---

*(подпись)*

---

*(фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)*

**Дата оформления:** «\_\_» \_\_\_\_\_ 2025 г.

## К ДОГОВОРУ ОКАЗАНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

№К\_\_ от «\_\_» \_\_\_\_\_ 2025 г.

### СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ (В ТОМ ЧИСЛЕ СПЕЦИАЛЬНЫХ) ПАЦИЕНТА

Я, \_\_\_\_\_,  
(Ф.И.О. полностью)

проживающий по адресу \_\_\_\_\_,  
(по месту регистрации)  
паспорт \_\_\_\_\_  
(серия, номер)  
выдан \_\_\_\_\_,  
(наименование выдавшего органа и дата выдачи)

в соответствии с требованиями ст. 9 Закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие Обществу с ограниченной ответственностью «Амбулаторно-клинический центр Помощь» (ООО «АКЦ ПОМОЩЬ»), ИНН 7728536872, ОГРН: 1057746096924 (далее – Оператор), расположенному по адресу (юридический адрес): 115582, г. Москва, вн.тер.г. муниципальный округ Орехово-Борисово Южное, проезд Шипиловский, д. 53/2, помещ. 1А/1, и представителям Оператора на обработку моих персональных данных (данных моего ребенка/подопечного) \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. полностью)

включающих в себя: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), паспортные данные, слепки зубов, данные рентгенологических исследований, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, – в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания Оператором мне (моему ребенку/подопечному) медицинской помощи я предоставляю право представителям Оператора передавать мои персональные данные (в том числе специальные), содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора в интересах моего (моего ребенка/подопечного) обследования и лечения, а также страховым компаниям в целях проведения экспертизы качества оказанной медицинской помощи и ее оплаты.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов), в частности, договорами ДМС (ОМС).

Персональные данные обрабатываются в целях исполнения договорных обязательств в течение срока, необходимого для достижения целей обработки персональных данных.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет 25 (двадцать пять) лет.

Срок действия настоящего согласия – бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне (моему ребенку/ подопечному) до этого медицинской помощи, и хранить в течение 5 лет, а после этого сдать в архив или уничтожить.

Дата выражения согласия: «\_\_» \_\_\_\_\_ 2025 г.

Подпись и расшифровка субъекта персональных данных \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

## К ДОГОВОРУ ОКАЗАНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

№К\_\_ от «\_\_» \_\_\_\_\_ 2025 г.

### СОГЛАСИЕ

на фото- и видеосъемку, размещение фотографий и/или другой личной информации

Я, \_\_\_\_\_,  
(Ф.И.О. полностью)

проживающий по адресу \_\_\_\_\_,  
(по месту регистрации)

паспорт \_\_\_\_\_,  
(серия, номер)

выдан \_\_\_\_\_,  
(наименование выдавшего органа и дата выдачи)

даю согласие Обществу с ограниченной ответственностью «Амбулаторно-клинический центр Помощь» (ООО «АКЦ ПОМОЩЬ»), ИНН 7728536872, ОГРН: 1057746096924, расположенному по адресу (юридический адрес): 115582, г. Москва, вн.тер.г. муниципальный округ Орехово-Борисово Южное, проезд Шипиловский, д. 53/2, помещ. 1А/1 (далее также – «Общество») даю свое письменное информированное согласие на осуществление фотосъемки или видеосъемки меня или лица, законным представителем которого я являюсь (**нужное подчеркнуть**) во время и/или после лечения.

Я даю согласие на обработку и использование фото- и видеоматериалов врачом/организацией в образовательных, научных целях или публикациях медицинских книг, статей, журналов, для демонстрации в сети Интернет, в том числе в социальных сетях, лекциях, выставках, семинарах без выплаты мне вознаграждения

Я осознаю, что фотографии и видеоматериалы могут быть использованы в образовательных, научных целях или публикациях медицинских книг, статей, журналов, для демонстрации в сети Интернет, в том числе в социальных сетях, лекциях, выставках, семинарах, включая (без ограничений) сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение) фото и видео материалов.

Давая согласие на использование фотографий и видеоматериалов, я понимаю, что не получу за них плату от какой-либо из сторон. Я осведомлен(а), что мой отказ от предоставления согласия на использование фотографий и видеоматериалов не повлияет на качество медицинских услуг, которые мне будут предоставлены.

Я могу отозвать свое согласие в любое время до опубликования фотографий и видеоматериалов. Вместе с тем я понимаю, что после того, как фотографии и видеоматериалы будут переданы на опубликование («поступят в печать»), отозвать согласие будет невозможно.

Подписывая данную форму, я подтверждаю, что положения данного согласия были мне четко и доступно разъяснены.

Я даю письменное информированное согласие на обработку и использование моих изображений в образовательных, научных целях или публикациях медицинских книг, статей и журналов (включая их электронные версии), для демонстрации в сети Интернет, в том числе в социальных сетях, на лекциях, выставках, семинарах.

Я понимаю, что мои изображения помимо научного и медицинского сообщества могут быть доступны широкой общественности, включая средства массовой информации.

Несмотря на то, что изображения не будут сопровождаться моими персональными данными (мои ФИО, номер истории болезни или иные идентификаторы, прямо указывающие на меня), и врач/организация примет все меры для обеспечения моей анонимности, я осознаю возможность того, что кто-либо может узнать меня.

Я уведомлен (-а) о своем праве отозвать настоящее согласие в любое время посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Общества по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Общества.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия Общество обязано прекратить использование личной информации, материалов фото- и видеосъемки в максимально быстрое время и предпринять все зависящее от него меры по недопущению использования моей личной информации, материалов фото- и видеосъемки.

Я подтверждаю, что, давая такое согласие, я действую по собственной воле.

Дата выражения согласия: «\_\_» \_\_\_\_\_ 2025 г.

Подпись и расшифровка \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**АКТ ОКАЗАННЫХ УСЛУГ**  
**К ДОГОВОРУ ОКАЗАНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ №К\_\_ от «\_\_» \_\_\_\_\_ 2025 г.**

г. Москва

«\_\_» \_\_\_\_\_ 2025 г.

**Общество с ограниченной ответственностью «Амбулаторно-клинический центр Помощь»** (ООО «АКЦ ПОМОЩЬ»), в лице генерального директора Барановой Марины Евгеньевны, действующего на основании Устава или Доверенности №К\_\_ от \_\_\_\_\_ 2025 г., именуемый в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны, и ФИО, именуемый(ая) в дальнейшем «Заказчик (Пациент)», с другой стороны, совместно именуемые Стороны, заключили настоящий акт о нижеследующем:

1. В соответствии с договором об оказании платных медицинских услуг №К\_\_ от \_\_\_\_\_ 2025 г. Исполнитель оказал следующие медицинские услуги:

Код услуги	Наименование услуги	Кол-во	Цена, руб.	Сумма, руб.
A16.01.025	Трансплантация волос головы бесшовным методом FUE до 4000 графтов	1		

Всего оказано услуг по трансплантации собственных волос на общую сумму **рублей 00 копеек** ( ).

2. Вышеперечисленные услуги выполнены полностью и в срок. Заказчик (Пациент) претензий по объему, качеству и срокам оказания услуг не имеет. Выписка о состоянии здоровья и рекомендации на руки получены

\_\_\_\_\_  
(подпись)

**Исполнитель: ООО «АКЦ ПОМОЩЬ»**

Юридический адрес: 115582, г. Москва, вн.тер.г. муниципальный округ Орехово-Борисово Южное, проезд Шипиловский, д. 53/2, помещ. 1А/1  
ИНН 7728536872 КПП 770201001  
ОГРН 1057746096924

Электронная почта: mail@akc-help.ru

Адрес осуществления медицинской деятельности:  
129110, г. Москва, вн.тер.г. муниципальный округ Мещанский, Напрудный пер., д. 8, стр. 1, помещение 1/2

Лицензия на осуществление медицинской деятельности Л041-01137-77/00313948 от 13.06.2017 г. Срок действия: бессрочно

Выдана: Департаментом здравоохранения г. Москва, находящимся по адресу: 127006, г. Москва, Оружейный пер., д. 43, тел.: +7 (495) 777-77-77

р/с 40702810001300042364  
в АО «Альфа-Банк» г. Москва  
к/с 3010181020000000593

БИК 044525593

Генеральный директор \_\_\_\_\_/Баранова М.Е./

**Заказчик (Пациент)**

ФИО

Паспорт:

Выдан:

Дата выдачи:

Адрес:

Телефон:

\_\_\_\_\_/Фамилия И.О./