До заключения договора оказания платных медицинских услуг Потребитель, в соответствии с п. 15 «Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» (утверждены Постановлением Правительства РФ от 4 октября 2012 г. N 1006), уведомлен о том, что несоблюдение назначений и рекомендаций может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее оказания или предоставления в срок, указанный в договоре, или отрицательно сказаться на полученных результатах исследования.

_____ (подпись пациента).

До заключения договора оказания платных медицинских услуг Потребитель, в соответствии со ст. 431.2. ГК РФ сообщил Исполнителю все обстоятельства, имеющие значение для дела. Положения ст. 431.2 ГК РФ разъяснены и понятны_____ (подпись пациента).

ДОГОВОР НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ № _____

г. Санкт-Петербург *"____" _____ 2026 г.*

Общество с ограниченной ответственностью «Арт Мед Эстетик», действующее на основании лицензии Л041-01148-78/00663937 от 17.07.2023г., выдана: Комитетом по здравоохранению Санкт-Петербурга; СПб, ул. Малая Садовая, дом 1; телефон: 314-04-43,
в лице Генерального директора Шалимовой Ольги Сергеевны ., действующего на основании Устава, с одной стороны, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», и гражданин _____,
именуемый в дальнейшем «Потребитель», с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет Договора

1.1. По настоящему договору Исполнитель обязуется оказать Потребителю платные медицинские услуги, указанные в п.1.4 настоящего договора по ценам, предусмотренным действующим Прейскурантом (прайс-листом) Исполнителя, а Потребитель обязуется оплатить эти услуги.

1.2. Медицинские услуги предоставляются в соответствии с п.п. 7,9 и 10 Постановления Правительства РФ от 04.10.2012 г. №1006 "Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг" и медицинскими показаниями, обусловленными состоянием здоровья.

1.3. Подписывая данный договор, Потребитель подтверждает, что наилучшим образом проинформирован о возможности и условиях предоставления медицинских услуг в медицинских организациях г. Санкт-Петербург в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в г. Санкт-Петербург и тем не менее, дает свое согласие на оказание ему платных медицинских услуг и готов их оплатить

_____ (подпись пациента).

1.4. Потребитель и Исполнитель согласовывают перечень и количество платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с договором, их стоимость, сроки оказания и порядок их оплаты, далее услуг (услуги), составляя и подписывая план лечения (приложение № 4), который является неотъемлемой частью настоящего договора.

1.5. Любая медицинская услуга оформляется в медицинской карте пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

1.6. Оказанию медицинских услуг по настоящему Договору предшествует получение информированного добровольного согласия Потребителя (или его законного представителя) в порядке, установленном действующим законодательством. Потребитель имеет право отказаться от дачи письменного информированного согласия на медицинское вмешательство, в таком случае Исполнитель медицинские услуги не предоставляет.

1.7. Срок исполнения обязательства Исполнителем по настоящему договору определяется временем, необходимым для выполнения профилактических, диагностических и лечебных мероприятий, предусмотренных регламентирующими медицинскую деятельность нормативными документами и планом лечения, который является неотъемлемой частью настоящего договора.

1.8. Услуги по настоящему договору должны быть оказаны в срок не позднее 3 (трех) месяцев с момента их оплаты. В случае если Потребитель не обратился к Исполнителю за фактически оплаченными услугами в установленный настоящим пунктом срок, то денежные средства подлежат возврату Потребителю в полном объеме в порядке, в котором производилась их оплата. Возврат денежных средств осуществляется только на основании письменного заявления Потребителя на имя директора ООО «Арт Мед Эстетик», при этом проценты согласно ст.395 Гражданского кодекса Российской Федерации не начисляются и не выплачиваются.

2. Права и обязанности Потребителя

2.1. Потребитель имеет право получить в доступной форме информацию:
- о платных медицинских услугах, в том числе: порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи, применяемые при предоставлении платных медицинских услуг; информация о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации); информация 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;
- 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 платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению;
- самостоятельно, учитывая показания / противопоказания к медицинскому вмешательству, или с учетом рекомендаций, полученных от лечащего врача на основе действующего прайс-листа, определять перечень услуг, которые он желает получить в рамках настоящего договора.

2.2. Потребитель обязан оплатить медицинские услуги в размере и на условиях в соответствии с договором.

2.3. Потребитель обязан соблюдать указания (рекомендации) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенный режим лечения. Несоблюдение указанных рекомендаций может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя.

Потребитель обязан во время наблюдения и лечения не использовать препараты, назначенные специалистами других лечебных учреждений, без уведомления лечащего врача.

Потребитель обязан немедленно извещать лечащего врача или Исполнителя обо всех ухудшениях/осложнениях, возникших во время и после проведения диагностических и лечебных мероприятий.

Потребитель обязан прибыть на прием в согласованное с врачом время или дату предварительной записи.

Потребитель обязан бережно относиться к имуществу Исполнителя.

2.4. В случае отказа полностью или частично от медицинских услуг в соответствии с планом лечения, Потребитель обязан подписать отказ от медицинской услуги.

2.5. Потребитель обязан своевременно оплачивать Исполнителю стоимость медицинских услуг в порядке, предусмотренном настоящим Договором и приложениями к нему.

2.6. Потребитель обязан письменно подтвердить факт выполнения услуги/услуг по договору в день их выполнения и подписать акт выполненных работ по договору не позднее срока выполнения услуги/услуг.

2.6. На получение от Исполнителя в соответствии с ч.3 п.1 ст.219 Налогового кодекса РФ документов, дающих право на получение налогового вычета из подоходного налога в размере суммы уплаченной им за оказанные медицинские услуги.

2.7. Иные права и обязанности, предусмотренные действующим законодательством «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» и Правилами предоставления платных медицинских услуг.

3. Права и обязанности Исполнителя

3.1. Исполнитель имеет право изменять и дополнять перечень и количество услуг, оказываемых в рамках данного договора, путем подписания дополнительного соглашения к настоящему договору с Потребителем.

3.2. Исполнитель обязан ознакомить Потребителя с планом лечения и обследования и получить его добровольное информированное согласие на все виды услуг, информировать о назначениях и рекомендациях, которые необходимо выполнять для достижения наилучшего результата лечения.

3.3. Исполнитель обязан информировать Потребителя о стоимости оказания предполагаемых медицинских услуг путем ознакомления с действующим прайс-листом.

3.4. Исполнитель имеет право не приступать к оказанию медицинских услуг или перенести срок оказания таких услуг на другое время, если Потребитель не оплатил или не полностью оплатил медицинскую услугу.

3.5. Исполнитель обязан оказать Потребителю истребованные и оплаченные им услуги в соответствии с условиями настоящего Договора и приложениями к нему.

3.6. Исполнитель обязан по требованию Заказчика предоставить смету на предоставляемые по договору платные медицинские услуги.

3.7. В случае, когда пациент не может самостоятельно выразить свою волю, когда представителем Потребителя является опекун, лечащий врач определяет объем медицинских услуг, медицинских вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи, по согласованию с ним.

3.8. В случае, когда пациент не может самостоятельно выразить свою волю (находится в бессознательном состоянии) лечащий врач самостоятельно определяет объем медицинских услуг, медицинских вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи, в том числе и не предусмотренных настоящим договором.

3.9. В случае отсутствия лечащего врача по уважительной причине в день, назначенный для проведения медицинской услуги, Исполнитель вправе по согласованию с Потребителем назначить другого врача.

3.10. Исполнитель вправе требовать от Потребителя соблюдения: внутреннего распорядка, правил записи на прием, правил предоставления платных медицинских услуг, графика прохождения процедур, режима приема лекарственных препаратов, режима питания и других предписаний.

3.11. Иные права и обязанности, предусмотренные действующим законодательством «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» и Правилами предоставления платных медицинских услуг.

4. Условия оплаты и порядок расчетов.

4.1. Перечень и количество платных медицинских услуг, предоставляемых Потребителю, указывается в счете (чеке), являющемся неотъемлемой частью настоящего Договора.

4.2. Стоимость платных медицинских услуг, предоставляемых Потребителю, определяется на основании действующего у Исполнителя прайс-листа на медицинские услуги, в соответствии с фактическим объемом оказанных услуг. Потребитель ознакомлен с прайс-листом и информацией, размещенной на сайте и стендах Исполнителя, до подписания настоящего Договора. Прайс-лист размещен на официальном сайте Исполнителя в сети Интернет по адресу https://wowfacespb.ru в разделе «Прайс лист».

4.3. Оплата за медицинские услуги производится до их оказания, в порядке 100% предоплаты в кассу Исполнителя.

4.4. По окончанию выполнения медицинских услуг Исполнитель и Потребитель подписывают акт оказанных услуг, где указывается окончательная стоимость оказанных медицинских услуг.

5. Ответственность Сторон

5.1. Стороны несут ответственность за неисполнение и ненадлежащее исполнение принятых на себя обязательств в соответствии с действующим законодательством РФ.

5.2. Стороны не несут ответственности за неисполнение обязательств по настоящему договору, если это связано с возникновением обстоятельств непреодолимой силы.

5.3. Подписывая настоящий договор Потребитель предупрежден о том, что поскольку медицинская услуга является вмешательством в биологические процессы, неподконтрольные полностью воле и/или воздействию человека, даже при надлежащем выполнении условий договора и правильном использовании достижений современной медицинской науки, Исполнитель по объективным причинам не может гарантировать Потребителю безусловного достижения положительного результата.

6. Прочие условия

6.1. В случае возникновения разногласий между Исполнителем и Потребителем по вопросу качества оказанных услуг, спор между сторонами рассматривается Администрацией Исполнителя. При не достижении соглашения сторон споры разрешаются в суде в установленном законом порядке.

6.2. Любые изменения положений настоящего Договора оговариваются сторонами в письменной форме в форме дополнительных соглашений, подписанных его сторонами (их уполномоченными представителями).

6.3. Настоящий Договор может быть расторгнут по соглашению сторон, за исключением наступления нижеуказанных обстоятельств:

6.3.1. Настоящий Договор может быть расторгнут в одностороннем порядке пациентом (Потребителем) в случае его отказа от медицинского вмешательства и дальнейшего получения медицинской услуги в установленном законодательством порядке.

6.3.2. Настоящий Договор может быть расторгнут в одностороннем порядке Исполнителем в случае письменно подтвержденной медицинской организацией реальной невозможности выполнить свои обязательства по данному договору либо, когда по медицинским показателям услуга принесет вред жизни (здоровью) пациента или может содержать в себе неоправданный риск наступления подобных последствий в установленном законодательством порядке.

6.4. Стороны обязуются немедленно уведомлять друг друга об изменениях своих адресов и реквизитов.

6.5. Договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и заканчивается по выполнению сторонами обязательств.

6.6. Во всем, что не предусмотрено настоящим договором стороны руководствуются действующим законодательством РФ.

6.7. Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

6.8. Приложения к Договору: Приложение №1 «Виды медицинской деятельности в соответствии с лицензией»; Приложение №2 «Согласие на обработку персональных данных»; Приложение №3 «Информированное добровольное согласие пациента об объеме и условиях, оказываемых платных медицинских услуг»; Приложение №4 «План лечения»; Приложение № 5 «Акт об оказании медицинских услуг».

7. Адреса и реквизиты Сторон:

ИСПОЛНИТЕЛЬ: ООО «АРТ МЕД ЭСТЕТИК»

Лицензия на медицинскую деятельность: Л041-01148-78/00663937 от 17.07.2023 г.
Выдана: Комитетом по здравоохранению Санкт-Петербурга; СПб, ул. Малая Садовая, дом 1; телефон: 314-04-43,
Адрес юридический: 197046, г. Санкт-Петербург, внутригородская территория города федерального значения Муниципальный Округ Посадский, ул. Большая Посадская, 12,литера а, помещ. 9-н
Адрес фактический 197022 г. Санкт-Петербург, ул. Академика Павлова д.7
ИНН 7813671537 / ОГРН 1237800039180 https://wowfacespb.ru тел 8-931-248-11-87
Генеральный директор Шалимова Ольга Сергеевна

ПОТРЕБИТЕЛЬ (пациент)

ФИО потребителя_____

Адрес регистрации: _____-_____

Паспорт: серия: _____№_____

Выдан_____

Тел. _____

_____/_____

(Подпись) (Расшифровка подписи)

Приложение № 4 к договору на оказание платных медицинских услуг № _____
от «_____» _____ 2026 г.

ООО « Арт мед эстетик »
Лицензия на медицинскую деятельность:
Л041-01148-78/00663937 от 17.07.20023г
Адрес юр **:** 197046, г. Санкт-Петербург, внутригородская территория города федерального значения Муниципальный Округ Посадский, ул. Большая Посадская, 12,литера а, помещ. 9-н
Адрес фактический 197022 ул. Академика Павлова д.7
ИНН 7813671537 ОГРН 1237800039180

ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ ПО ДОГОВОРУ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

от «____»_____2026 г.

Потребитель (Заказчик)_____, согласовал перечень, стоимость и сроки оказания платных медицинских услуг:

№	Наименование работы (услуги)	Кол-во	Срок	Цена, руб.	Сумма, руб.
	Всего				

План лечения, а именно: перечень медицинских услуг, сроки их оказания и стоимость понятны и согласованы.

Исполнитель_____ Потребитель (Заказчик)_____
(подпись) М.П. (Ф.И.О., подпись)

Приложение № 5 к договору на оказание платных медицинских
услуг № _____
от «_____» _____ 2026 г.

ООО « Арт мед эстетик »
Лицензия на медицинскую деятельность:
Л041-01148-78/00663937 от 17.07.20023г
Адрес юр **:** 197046, г. Санкт-Петербург, внутригородская территория
города федерального значения Муниципальный Округ Посадский, ул.
Большая Посадская, 12,литера а, помещ. 9-н
Адрес фактический 197022 ул. Академика Павлова д.7
ИНН 7813671537
ОГРН 1237800039180

АКТ ОБ ОКАЗАНИИ УСЛУГ №_____

от «____»_____2026 г.

Общество с ограниченной ответственностью «Арт Мед Эстетик», далее именуемое «Исполнитель», в лице генерального директора Шалимовой Ольги Сергеевны, действующего на основании Устава, с одной стороны, и гражданин
_____ (Ф.И.О.), далее именуемый «Заказчик», с другой стороны, далее совместно именуемые «Стороны», составили настоящий акт (далее - Акт) о нижеследующем.
1. Исполнителем были оказаны следующие услуги по Договору № _____ от «___» _____ 202 г. (далее - Договор).

№	Дата	Вид оказанной услуги	Кол-во	Стоимость, руб.

2. Вышеперечисленные услуги оказаны согласно Договора своевременно в необходимом объеме и в соответствии с требованиями, установленными Договором к их качеству. Заказчик претензий по объему, качеству и срокам оказания услуг не имеет. Результат оказанной услуги Заказчика устраивает и совпадает с ожиданиями Заказчика.
3. Заказчик подтверждает, что получил от Исполнителя необходимые письменные рекомендации по сохранению результата и ему известно об ограничениях, которые необходимы для сохранения результата.
4. Заказчик подтверждает, что получил и ознакомился с Памяткой и рекомендацией после процедуры
5. Акт составлен и подписан в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой Стороны.

Исполнитель_____ Потребитель (Заказчик)_____
(подпись) М.П. (Ф.И.О., подпись)

Приложение № 2

СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных

Я, _____
(*Ф.И.О. полностью*)

проживающий(ая) по адресу (месту регистрации): _____
_____,
паспорт серия _____ номер_____, дата выдачи _____ название выдавшего органа _____
контактный номер телефона: _____
в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона "О персональных данных" от 27.07.2006 № 152-ФЗ, статьи 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ" подтверждаю свое согласие на обработку Обществом с ограниченной ответственностью «Арт Мед эстетик» ИНН 7813671537
, адрес местонахождения: 197022., Санкт-Петербург, ул. Академика Павлова, 7 лит А,
(далее - Оператор) моих персональных данных (персональных данных представляемого мной)
_____
(Ф.И.О.),
включающих:
- фамилию, имя, отчество,
- пол, дату рождения,
- адрес места жительства, контактные телефоны,
- реквизиты паспорта (документа удостоверения личности), реквизиты полиса ОМС / ДМС,
- место работы,
- данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью и другую информацию,
в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг по договору, осуществление иных, связанных с этим мероприятий, а также в целях организации внутреннего учета Оператора, при условии сохранения врачебной тайны.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение и иное использование в рамках заключенных договоров, обезличивание, блокирование, уничтожение.

Оператор вправе осуществлять следующие способы обработки персональных данных: на бумажных носителях, в информационных системах персональных данных с использованием и без использования средств автоматизации, а также смешанным способом.

Настоящее согласие дано мной «____»_____20____ г. и действует до исполнения сторонами обязательств.

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 до этого медицинской помощи.

Подпись субъекта персональных данных _____

Расписался в моем присутствии:_____(должность, ФИО)

СОГЛАСИЕ
субъекта персональных данных на размещение
персональных и биометрических персональных данных в сети интернет ООО «Арт Мед Эстетик»

Я, _____,
Ф.И.О.
«_____»_____ _____ года рождения, паспорт: серия _____ № _____, выдан
_____ «___» _____ _____г.,
далее «Гражданин», настоящим документом безвозмездно даю согласие «Арт Мед эстетик» ИНН 7813671537
, адрес местонахождения: 197022., Санкт-Петербург, ул. Академика Павлова, 7 лит А,
, далее «Правообладатель», на размещение своих персональных и биометрических персональных данных:
- фамилия, имя, отчество,
- фотографическое и (или) видео изображение, аудио-запись своего голоса, полученных в помещениях ООО «Арт Мед Эстетик» в сети интернет, на ресурсах социальных сетей и видео-хостингах, в целях рекламы и продвижения услуг.
Настоящее Согласие предоставляется на все изображения Гражданина, полученные в процессе фото и видео-съемки для рекламных кампаний ООО «Арт Мед Эстетик».
Я осознаю, что размещенные сведения становятся доступны неограниченному кругу лиц и понимаю, что ООО «Арт Мед Эстетик» не несет ответственности за дальнейшее распространение данных сведений в сети интернет.
Согласие может быть отозвано по письменному заявлению, после чего вся размещенная непосредственно ООО «Арт Мед Эстетик» должна быть удалена из сети интернет.
Данное Согласие действует в течении сроков хранения информации на ресурсах в сети интернет.
Правообладатель вправе передавать указанные права на изображения любым третьим лицам в целях, связанных с проведением рекламных кампаний ООО «Арт Мед Эстетик».
Настоящее Согласие является юридическим документом, составлено дееспособным лицом, позволяющим понимать значение своих действий и их последствия, в отсутствии принуждения с чьей бы то ни было стороны.

_____/_____
(подпись) (расшифровка подписи)

к приказу Министерства
здравоохранения Российской Федерации
от 12 ноября 2021 г. № 1051н

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)

«___» _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу: _____
(дата рождения гражданина)

_____
(адрес регистрации гражданина)

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. № 390н1 (далее — виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом,) в

Общество с ограниченной ответственностью «АРТ МЕД ЭСТЕТИК»
(полное наименование медицинской организации)

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. № 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. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья, 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)

_____ _____
(подпись) (фамилия, имя, отчество медицинского работника)

«___»_____2026 г.

СОГЛАСИЕ/ ОТКАЗ на передачу персональных данных в ЕГИСЗ

Я, _____

СНИЛС* _____телефон _____
Документ, удостоверяющий личность: паспорт выдан
_____
адрес места регистрации (с индексом): _____
адрес электронной почты (при наличии) _____
Согласен / Отказываюсь от согласия (выбранное подчеркнуть) на передачу ООО «АРТ МЕД ЭСТЕТИК» (ИНН 7813671537 / ОГРН 1237800039180, адрес: 193318, Адрес юридический: 197046, г. Санкт-Петербург, внутригородская территория города федерального значения Муниципальный Округ Посадский, ул. Большая Посадская, 12,литера а, помещ. 9-н
Адрес фактический 197022 г. Санкт-Петербург, ул. Академика Павлова д.7, (далее – Оператор) в единую государственную информационную систему в сфере здравоохранения (далее -ЕГИСЗ) моих персональных данных включающих фамилию, имя, отчество, пол, гражданство, дату рождения, место жительства и место регистрации, контактный телефон, данные документа, удостоверяющего личность (паспорт, иной документ), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС)*, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, анамнезе, диагнозе и иные сведения федеральных информационных систем в сфере здравоохранения, федеральных баз данных и федеральных регистров в сфере здравоохранения, предусмотренные нормативными правовыми актами Российской Федерации в медико-профилактических целях и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом (оператором), профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну, чьи должностные инструкции, функциональные обязанности или выполняемые обязанности, включают право на работу с персональными данными.
В процессе оказания Оператором медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, в интересах моего обследования и лечения, обрабатывать и передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, посредством внесения их в электронную базу данных медицинской информационной системы ЕГИСЗ.

*В случае непредоставления пациентом номера своего СНИЛС, передача электронных данных в ЕГИСЗ будет невозможна. При отказе от передачи данных в ЕГИСЗ дальнейших претензий к ООО «Селин Фармацевтик» (ОГРН 5157746118602, ИНН 7702394380), по передаче данных в ЕГИСЗ не имею.

Настоящий документ подписан мной на основании следующих нормативных актов:
- ст. 78 Федеральный закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
- ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».
- постановления Правительства от 09.02.2022 № 140 «О единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения».
- Приказа Минздрава России от 07.09.2020 №947н «Об утверждении Порядка организации системы документооборота в сфере охраны здоровья в части ведения медицинской документации в форме электронных документов».
Настоящее согласие действует со дня подписания до дня его отзыва либо на срок хранения документации, установленный действующим законодательством. Отзыв согласия осуществляется путем подачи письменного заявления не менее, чем за 3 рабочих дня до даты отзыва согласия.

«___»_____2026 г.
_____
(дата) (подпись) (ФИО пациента персональных данных полностью)

Анкета состояния здоровья пациента

Уважаемый пациент! Следующая информация чрезвычайно важна для составления оптимального плана лечения, с учетом состояния Вашего здоровья. Неправильная или неполная информация может повредить Вашему здоровью.
Все сведения, представленные в анкете, не будут переданы посторонним лицам.

- **пожалуйста, ответьте на все вопросы;**
- **если вопрос непонятен или Вы не уверены в ответе, обсудите этот вопрос с врачом;**
- **все изменения в состоянии Вашего здоровья должны быть сообщены нам при первой возможности;**

Ф.И.О. _____ Возраст _____

Просим Вас обвести кружочком или подчеркнуть ответ Да или Нет или ответить на вопросы:

ПЕРЕНЕСЕННЫЕ И СОПУТСТВУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Наблюдение у кардиолога (состоите на учете)	Да Нет
Заболевания сердца (стенокардия, порок сердца, другие заболевания)	Да Нет
Операция на сердце (если Да, то когда)	Да Нет
Наличие кардиостимулятора	Да Нет
Прием сердечных препаратов (постоянно или периодически)	Да Нет
Инсульт, атеросклероз	Да Нет
Прием препаратов разжижающие кровь (постоянно или периодически)	Да Нет
Нарушение свертываемости крови, длительн. кровотечение (образование синяков)	Да Нет
Повышенное или пониженное артериальное давление	Да Нет
Дерматологические (кожные) заболевания	Да Нет
Заболевание крови	Да Нет
Заболевания легких	Да Нет
Бронхиальная астма	Да Нет
Туберкулез	Да Нет
Заболевания почек	Да Нет
Заболевания печени (если есть, то какие)	Да Нет
Инфекционные заболевания (Гепатит), если Да, то какой (А,В,С,Д,Е) и когда выявлен	Да Нет
Заболевания желудка, кишечника	Да Нет
Дисбактериоз кишечника (был, есть)	Да Нет
Заболевания поджелудочной железы	Да Нет
Сахарный диабет (какого типа I или II)	Да Нет
Проводилось ли исследование на ВИЧ/СПИД. - результат	Да Нет
Венерические заболевания	Да Нет
Другие инфекционные заболевания	Да Нет
Заболевания головного мозга, нервной системы	Да Нет
Сотрясение головного мозга (когда)	Да Нет
Бывает головокружение, потеря сознания, одышка при введении анестетиков или др. лекарственных препаратов	Да Нет
Эпилепсия, судороги и др. заболевания центральной и периферической нервной системы	Да Нет
Прием антидепрессантов или аналогичных препаратов	Да Нет
Являетесь ли вы донором (последняя дата сдачи крови)	Да Нет
Переливание крови, других лекарственных препаратов - когда	Да Нет
Заболевания уха, горла, носа	Да Нет
Заболевания пазух верхней челюсти (гайморовых пазух)	Да Нет
Заболевания глаз	Да Нет
Глаукома (повышение внутриглазного давления)	Да Нет
Заболевания щитовидной, паращитовидной железы и др. желез	Да Нет
Заболевание костной системы, суставов	Да Нет
Заболевания позвоночника, остеохондроз	Да Нет
За последние 6-12 месяцев проводилось лечение у других специалистов	Да Нет
За прошедшие 6 месяцев проводились диагностические или лечебные инъекции	Да Нет
Наблюдение в лечебной организации (состоите на учете)	Да Нет
Были операции (какие именно и когда)	Да Нет
Была ли Ваша работа, учеба, служба в Армии, на Флоте связана (ранее была связана) с вредными факторами: химическими, с излучением, высоким давлением, с вибрациями, с другими внешними факторами	Да Нет
Проводилась лучевая терапия, химиотерапия за последние 10 лет	Да Нет
Укажите прививки, сделанные за последние 12 месяцев	Да Нет
Последнее общемедицинское обследование проводилось в _____ году	
Другие заболевания, симптомы и синдромы организма (не указанные выше)	Да Нет
Вы курите	Да Нет
Употребление алкоголя: нет / редко / часто / лечился (ась) от алкогольной зависимости	Да Нет
Употребление наркотических средств: нет / редко / часто / лечился от наркотической зависимости	Да Нет
Выезд за пределы города и области за последние 6 месяцев	Да Нет
Выезд в регионы, где зафиксировались вспышки инфекционных заболеваний	Да Нет
Проводились медицинские манипуляции, хирургическое вмешательства за последние 12 месяцев, какие	Да Нет

Посещение косметолога	Да Нет
Делали ли Вы маникюр/педикюр, татуаж, шрамирование, пирсинг, перманентный макияж	Да Нет
Проводились сеансы иглоукалывания, иглорефлексотерапии	Да Нет
Доброкачественные и злокачественные новообразования матки	Да Нет

АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ (ЗАБОЛЕВАНИЯ):

на местные анестетики	Да Нет
на мази	Да Нет
на косметику	Да Нет
на антибиотики	Да Нет
на обезболивающие препараты	Да Нет
на гормональные препараты	Да Нет
на витамины	Да Нет
на препараты йода	Да Нет
на пищевые продукты	Да Нет
на пыльцу и растения	Да Нет
на шерсть животных	Да Нет
на стоматологические материалы	Да Нет
на металлы	Да Нет
на латекс	Да Нет
на медицинские растворы	Да Нет
на другие лекарственные препараты и вещества	Да Нет
другие аллергические заболевания	Да Нет

Вопросы для пациенток:

Вы беременны	Да Нет
Являетесь кормящей матерью	Да Нет
В последние 6 месяцев были роды	Да Нет
Имеется нарушение менструального цикла	Да Нет
Состоите на учете у гинеколога	Да Нет
Постоянно или периодически принимаете противозачаточные препараты	Да Нет
В последние 6-8 месяцев проводилась лекарственная подготовка к беременности	Да Нет
Сколько у Вас было беременностей ____, родов ____, абортов ____, выкидышей____	

Прием препаратов:

Принимаете ли Вы какие-либо препараты?	Да Нет
Если да, то какие препараты Вы принимаете?	

Дополнительно:

_____

_____

_____

_____

Я понимаю, что от полноты и своевременности предоставления мною информации известно зависят:

- диагностика, составление плана лечения и результаты лечения;
- гарантии на каждую работу, выполненную врачом.

Я знаю: что в случае приема лекарственных препаратов перед посещением врача, мне надо сообщить ему об этом; что анкету о здоровье надо заполнять вновь каждые полгода.

Я внимательно ознакомился(лась) с этой анкетой и искренне ответил(ла) на все вопросы. Я понимаю, что мне необходимо своевременно предоставлять врачам информацию о моем здоровье и всех изменениях в состоянии моего здоровья.

Я понимаю, что необходимо обновлять информацию в настоящей анкете каждые полгода.

Дополнительно могу сообщить о своем здоровье следующее_____

Я знаю, что каждый раз при посещении врача перед началом лечения необходимо сообщать врачу о принятых лекарственных препаратах, в случае их приема, об изменении в состоянии моего здоровья, если такие изменения произошли (происходят).

Я подтверждаю своей подписью достоверность представленной информации:

_____

(ФИО полностью, подпись)

«___»_____2026 г.

Первичный прием

«___»_____2026 г.

Жалобы_____
_____
Перенесенные операции (в том числе на коже): _____
_____
Ранее проведенные косметологические процедуры: _____
_____
_____
Результаты и степень удовлетворенности пациента от проведенных ранее процедур:_____ Наличие побочных эффектов после процедур: _____
_____

Хронические заболевания_____Аллергический анамнез (не)отягощен.

Образ жизни: вредные привычки - да/нет; питание – регулярное/нет, сбалансированное/нет; физические нагрузки – регулярные/умеренные/малоподвижен; сон – хорошие/прерывистый/малочасовой. Стресс – да/нет. Прием витаминов и БАДов – нет/да - _____
Общее состояние удовлетворительное, температура тела 36,6 0С. Зев спокоен, периферические лимфоузлы не увеличены.

St.localis: тип кожи: нормальная, сухая, жирная себорея (густая, жидкая), сухая себорея, комбинированная. Состояние кожи: шелушение, повышенная чувствительность, обезвоженность, пигментация в области _____, новообразования в области _____ акне _____ степени (комедоны открытые, закрытые; папулы, пустулы, инфильтраты) в области _____, постакне (рубцы,пятна) в области _____, рубцы в области _____, купероз, ТАЭ, просянки, гиперкератоз. Фототип _____.
Тип старения: фото-, хроно- (мелкоморщинистый тип, тип деформации, мускульный тип, усталый тип, смешанный). Мимические/статические морщины лица: лоб, межбровье, «гусиные лапки», носогубные складки, губоподбородочные складки, «кисетные морщины», носослезные борозды. Птоз_____. Дефицит объёма _____ Губы: контур_____, асимметрия: есть/нет. Тонус и эластичность кожных покровов: хорошие, удовлетворительные, снижены.
Индивидуальные особенности _____
Дермографизм: _____

Диагноз: (код МКБ-10) _____

Процедуры/Рекомендации:
1. Проведено/рекомендовано в/м введение препарата на основе ботулинического токсина типа А – _____единиц по схеме.
2. Проведено/рекомендовано в/к, п/к, накостное введение имплантата на основе гиалуроновой кислоты –_____ в зону _____
3. Проведено/рекомендовано в/к, п/к введение препарата на основе гиалуроновой кислоты - _____ _____ в область лица/шеи/декольте/кистей рук №_____. Курс - 1 раз в 2/4 недели № _____
4. Проведено/рекомендовано в/к, п/к, в/м, накостное введение _____ №_____. Курс – 1 раз в 1-2 недели № 4-6._____
5. Проведен/рекомендовано микроигольчатый RF-лифтинг на аппарате _____ / зоны _____ Курс – 1 раз в 1,5-2 мес. № _____
6. Проведен/рекомендован ультразвуковой SMAS-лифтинг зоны _____ в количестве _____ линий на аппарате _____
7. Проведена/рекомендована фототерапия зоны _____ на аппарате _____ Курс 1 раз в 2-3 недели № 3-6 _____
8. Проведена/рекомендована лазерная|/ радиоволновая деструкция новообразований в зоне_____

Дополнительные процедуры/рекомендации: _____
_____
_____
_____

Рекомендации после процедуры (нужное подчеркнуть!):
1. В течение 1-2 недель не посещать бани/сауны/солярий.
2. В течение 1 недели не заниматься спортом.
3. В течение 3 дней не употреблять крепкий алкоголь.
4. Не наносить косметику на зону коррекции 12 часов
5. Избежать давления на зону коррекции с целью изменения формы – 7 дней
6. Коррекция формы и объёма губ – самомассаж в течении 3 дней, 3 дня страстно не целоваться, 3 дня не пить горячее. Планово не посещать стоматолога 14 дней
7. Наносить солнцезащитный крем перед выходом из дома. Обновлять его каждые 2-3 часа при пребывании на солнце.
8. Дополнительные рекомендации: _____
9. Фотодокументация (при необходимости): сделаны фотографии «до» «после» : Да / Нет

ДИНАМИЧЕСКИЙ ОСМОТР НАЗНАЧЕН ЧЕРЕЗ _____ ДНЕЙ.

Врач _____/_____/