

УВЕДОМЛЕНИЕ

в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 04 октября 2012г. № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг»

1. До заключения Договора, я _____

(ФИО пациента)

уведомлен(а) о том, что несоблюдение мною указаний (рекомендаций) 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 моем здоровье.

2. Я внимательно ознакомился(лась) с данным документом и принимаю решение заключить Договор оказания поликлинических услуг с данной медицинской организацией.

Подпись Пациента _____ / _____ /

Подпись Плательщика _____ / _____ /

Договор оказания поликлинических услуг

г.Нижний Новгород

«___» _____ 20__ г.

ООО «Клиника современных технологий «Садко», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице администратора _____, действующего на основании доверенности № _____ от _____. ____ г., с одной стороны, Гражданин(ка) _____, именуемый в дальнейшем «Пациент», с другой стороны, и _____, именуемый в дальнейшем «Плательщик», с третьей стороны, совместно именуемые Стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Исполнитель обязуется оказывать Пациенту платные медицинские услуги, на условиях определенных настоящим Договором, а Пациент обязуется оплатить указанные услуги в размере, порядке и сроки, которые установлены настоящим Договором. Медицинская услуга может быть оказана в том числе в режиме онлайн-консультации, при условии проведения первоначального очного приема с постановкой диагноза.

1.2. Исполнитель оказывает услуги в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности:

- статус: действующая

- регистрационный номер: Л041-01164-52/00369149

- дата предоставления: 25.12.2020 г.

- лицензирующий орган: Министерство здравоохранения Нижегородской области

1.3. Пациент подтверждает, что согласен на осуществление отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

1.4. При заключении и исполнении настоящего Договора, Стороны руководствуются действующими у Исполнителя Положением о порядке и условиях оказания поликлинических услуг, Правилами внутреннего распорядка, Положением о скидках, Положением о программе «Депозит» и другими локальными нормативными актами Исполнителя.

1.5. Пациент и Плательщик подтверждают, что до заключения Договора им в доступной форме предоставлена информация о возможности получения определенных видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. До заключения Договора Пациент/ Плательщик в доступной форме проинформирован, что Исполнитель и филиалы Исполнителя не участвуют в программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и не оказывают медицинскую помощь без взимания платы.

1.6. Определенные виды услуг, оказываемых в рамках настоящего Договора, являются комплексными и не подлежат оказанию по частям, несмотря на способы отражения стоимости их составных частей в прейскуранте Исполнителя. Исполнитель самостоятельно определяет, какие из оказываемых им услуг являются комплексными.

1.7. Срок оказания медицинской услуги определяется датой и временем обращения Пациента к Исполнителю, и/или согласовывается Сторонами в медицинской документации.

1.8. Перечень услуг, подлежащих оказанию по настоящему Договору, согласовывается в приложении к Договору и является его неотъемлемой частью.

1.9. Медицинские услуги предоставляются Пациенту при наличии информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство.

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. Обязанности Исполнителя:

2.1.1. По согласованию с Пациентом, назначить в рамках каждой медицинской специальности врача соответствующей квалификации для проведения обследования и лечения. Исполнитель вправе заменить лечащего врача (подтверждением согласия на замену лечащего врача является факт получения Пациентом медицинских услуг у другого врача).

2.1.2. Оказывать медицинские услуги качественно, в соответствии с положением об организации оказания медицинской помощи, порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций и с учетом стандартов медицинской помощи, утверждаемых уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, с соблюдением правил проведения лабораторных, инструментальных и иных видов диагностических исследований, утвержденных Министерством здравоохранения РФ.

2.1.3. После оказания услуг Исполнитель обязан выдать Пациенту медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях.

2.1.4. Исполнять иные обязанности, предусмотренные действующим законодательством.

2.2. Права Исполнителя:

2.2.1. Самостоятельно определять график консультаций и процедур, график работы специалистов. Внесение изменений в график работы специалистов не является ненадлежащим выполнением условий заключенного сторонами Договора.

2.2.2. В одностороннем порядке изменять Прейскурант. Новый Прейскурант считается действующим со дня его утверждения Исполнителем.

2.2.3. Привлекать третьих лиц для оказания Пациенту медицинских услуг, составляющих предмет настоящего Договора.

2.2.4. Отказаться от исполнения Договора в связи с невозможностью оказания Пациенту услуг, соответствующих установленным законом требованиям к качеству и безопасности медицинских услуг; либо в связи с отсутствием лицензии у Исполнителя на медицинскую деятельность, запрашиваемую Пациентом; либо в связи с иными объективными обстоятельствами.

2.2.5. Пользоваться иными правами, предусмотренными действующим законодательством.

2.3. Обязанности Пациента:

2.3.1. Подписывая настоящий Договор, Я, Пациент, подтверждаю, что ознакомился (-лась) с внутренней документацией Исполнителя (Положением о порядке и условиях оказания поликлинических услуг, Положением о скидках, Правилами внутреннего распорядка (Правилами поведения пациентов), Прейскурантом и иными документами и локальными нормативными актами, которые расположены в доступном для Пациента месте) и обязуюсь их соблюдать (ст. 431.2 ГК РФ).

2.3.2. Предъявлять документ, удостоверяющий личность, при каждом обращении к Исполнителю.

2.3.3. Своевременно являться на приемы и процедуры.

2.3.4. В случае изменения телефонного номера, адреса электронной почты и/или адреса места жительства, указанных в реквизитах настоящего договора, сообщить новые данные администраторам Исполнителя на очередном приеме. Ответственность за последствия неисполнения данного пункта Договора несет Пациент.

2.3.5. Информировать Исполнителя о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях.

2.3.6. Исполнять иные обязанности, предусмотренные действующим законодательством.

2.4. Права Пациента:

- 2.4.1. Выбрать лечащего врача, с учетом согласия врача и с учетом возможностей и ресурсов Исполнителя относительно назначения лечащего врача.
- 2.4.2. Получать бесплатную и достоверную информацию об условиях предоставления платных услуг. Выбрать день и время явки на прием в соответствии с графиком работы Исполнителя и с учетом занятости времени персонала Исполнителя другими пациентами.
- 2.4.3. В любое время в письменной форме отказаться от лечения и расторгнуть Договор, при условии оплаты Плательщиком Исполнителю фактически понесенных расходов. В этом случае, Пациент не вправе предъявить Исполнителю претензии по качеству незавершенного лечения и Исполнитель не несет ответственности за дальнейшие последствия, вызванные таким отказом.
- 2.4.4. Пользоваться иными правами, предусмотренными действующим законодательством.

2.5. Плательщик обязуется:

- 2.5.1. Подписывая настоящий Договор, Я, Плательщик, подтверждаю, что ознакомился (-лась) с внутренней документацией Исполнителя (Положением о порядке и условиях оказания поликлинических услуг, Положением о скидках, Правилами внутреннего распорядка (Правилами поведения пациентов), Прейскурантом и иными документами и локальными нормативными актами, которые расположены в доступном для Пациента месте) и обязуюсь их соблюдать (ст. 431.2 ГК РФ).
- 2.5.2. Предъявлять документ, удостоверяющий личность, при каждом обращении к Исполнителю за оказанием медицинской помощи Пациенту.
- 2.5.3. Своевременно оплачивать услуги Исполнителя в порядке, предусмотренном разделом 3 настоящего Договора.
- 2.5.4. В случае изменения телефонного номера, адреса электронной почты и/или адреса места жительства, указанных в реквизитах настоящего договора, сообщить новые данные администраторам Исполнителя на очередном приеме Пациента. Ответственность за последствия неисполнения данного пункта Договора несет Плательщик.
- 2.5.5. Исполнять иные обязанности, предусмотренные действующим законодательством.

2.6. Права Плательщика:

- 2.6.1. Выбрать лечащего врача, с учетом согласия врача и с учетом возможностей и ресурсов Исполнителя относительно назначения лечащего врача.
- 2.6.2. Получать бесплатную и достоверную информацию об условиях предоставления платных услуг. Выбрать день и время явки на прием в соответствии с графиком работы Исполнителя и с учетом занятости времени персонала Исполнителя другими пациентами.
- 2.6.3. Пользоваться иными правами, предусмотренными действующим законодательством.

3. ЦЕНА УСЛУГ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

- 3.1. Цена услуг определяется в соответствии с действующим на момент оказания услуги Прейскурантом Исполнителя. Прейскурант является неотъемлемой частью настоящего Договора, с которым Пациент и Плательщик ознакомлены до подписания Договора. Общая стоимость услуг по Договору определяется исходя из фактического объема оказанных услуг.
- 3.2. Оплата услуг производится путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя либо безналичным путем с использованием банковской карты (при наличии технической возможности у Исполнителя). Исполнитель имеет право запросить у Плательщика предъявление паспорта или иного документа, удостоверяющего его личность, при оплате им медицинских услуг с использованием банковской карты. По согласованию с Исполнителем, оплата может производиться безналичным путем с расчетного счета.
- 3.3. После заключения договора медицинские услуги могут быть оплачены на условиях предварительной оплаты в любом размере. В таком случае стоимость услуг Исполнителя определяется по расценкам Прейскуранта, действующего на момент оказания соответствующей услуги.
- 3.4. В случае 100% предоплаты комплекса услуг, оплата производится по расценкам Прейскуранта действовавшего на момент внесения предоплаты. При возникновении необходимости оказания дополнительных услуг, их стоимость оплачивается по расценкам Прейскуранта, действующего на момент оказания соответствующей дополнительной услуги.
- 3.5. В случае оказания услуг по программам ДМС, Плательщик самостоятельно оплачивает фактически оказанные медицинские услуги, не входящие в предусмотренную программу ДМС, в соответствии с условиями настоящего договора. В случае если лечение, произведенное Пациенту, не будет оплачено его страховой компанией полностью или частично в течение 60 календарных дней, с момента направления соответствующего счета в страховую компанию, Плательщик обязан осуществить оплату оказанных ему услуг в течение 7 рабочих дней с момента получения соответствующего письменного требования от Исполнителя.
- 3.6. При изменении Прейскуранта Исполнителя в процессе лечения, изменению подлежит только стоимость последующих медицинских услуг, стоимость ранее оплаченных услуг не меняется. Об изменении Прейскуранта Плательщик уведомляется посредством размещения актуального Прейскуранта на сайте Исполнителя и в регистратуре Исполнителя на стойке информации.

4. ГАРАНТИИ КАЧЕСТВА

- 4.1. Исполнитель гарантирует качественное оказание услуг, в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций и с учетом стандартов медицинской помощи, утверждаемых уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.
- 4.2. Исполнитель предупреждает, что в силу специфики медицинских услуг, при надлежащем выполнении сторонами своих обязательств по договору, не может гарантировать достижения 100% результата оказания медицинской услуги.
- 4.3. Осложнения и другие побочные эффекты медицинского вмешательства, возникшие вследствие биологических особенностей организма и вероятность которых используемые знания и технологии не могут полностью исключить, не являются недостатками качества услуг, если услуги оказаны с соблюдением всех необходимых требований.

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

- 5.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ.
- 5.2. Стороны не несут ответственности за неисполнение своих обязательств по настоящему Договору, если неисполнение было вызвано действием непреодолимой силы, то есть чрезвычайных обстоятельств, которые ни одна из сторон не могла заранее предвидеть и предотвратить. К числу форс-мажорных обстоятельств также относятся: аварии коммунальных сетей, повлекшие отключение воды, электричества и тепла, поломка оборудования и др.
- 5.3. За нарушение условий и сроков оплаты по настоящему договору Исполнитель вправе взыскать с Плательщика пени в размере 0,5 % от суммы задолженности за каждый день просрочки.

6. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ

- 6.1. Пациент и Плательщик дают согласие Исполнителю на обработку своих персональных данных. Согласие является неотъемлемой частью настоящего Договора.
- 6.2. Цель обработки персональных данных – оказание Пациенту медицинских услуг, соблюдение требований нормативно-правовых актов РФ.

7. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ

- 7.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и действует бессрочно.
- 7.2. Стороны договорились, что при возникновении споров будут стремиться разрешить сложившуюся ситуацию путем переговоров. В случае ее подачи, претензия Пациента/Плательщика рассматривается Исполнителем в течение 10 календарных дней с момента ее получения. Споры между Сторонами настоящего договора могут быть переданы на рассмотрение суда в соответствии с законодательством РФ.
- 7.3. Настоящий договор может быть расторгнут по инициативе Исполнителя, в связи с невозможностью исполнения последним своих обязательств по договору, а также в следствие нарушения Пациентом/ Плательщиком условий настоящего договора.
- 7.4. Настоящий договор может быть изменен или расторгнут по соглашению Сторон.
- 7.5. Пациент/Плательщик информирован о том, что в целях обеспечения безопасности, в Клинике Исполнителя ведется видеонаблюдение и аудиозапись и не возражает против этого.
- 7.6. С целью получения информационных услуг в электронном виде, включая информацию о результатах диагностических исследований Пациента, содержащих врачебную тайну, Исполнитель оформляет доступ к Личному кабинету Пациента на сайте Клиники www.sadkomed.ru
- Пациент при оформлении доступа к Личному кабинету дает согласие на обработку персональных данных и обязуется предоставить регистрационные данные пользователя Личного кабинета:
- Фамилия, имя, отчество Пациента _____
- Паспортные данные Пациента _____
- Дата, месяц, год рождения Пациента _____
- Номер контактного телефона Пациента _____

Номер электронной почты Пациента _____

Реквизиты для доступа в Личный кабинет:

Логин: _____

Пароль: _____

Исполнитель рекомендует Пациенту изменить предложенный пароль при первом входе в личный кабинет.

7.7. Договор составлен в трех экземплярах, каждый из которых имеет одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из сторон.

7.8. При наличии возможности, сообщать и направлять данные медицинских анализов и кассовый чек об оплате оказанных услуг, по указанному в настоящем договоре адресу электронной почты Пациента/Плательщика, с информированием по указанному в настоящем Договоре номеру телефона. О последствиях такой отправки, в том числе, о возможности доступа к направляемой информации третьих лиц в процессе и/или результате такой пересылки, Пациент/Плательщик предупрежден, никаких претензий к Исполнителю иметь не будет. Если Пациент/Плательщик не согласен предоставить Исполнителю такое право, он не указывает в настоящем Договоре данные своей электронной почты и номер своего телефона.

Электронная почта: _____;

Номер телефона: _____.

7.9. Настоящим пунктом Пациент/Плательщик дает свое согласие на получение рассылки Исполнителя, с информацией о назначенных приемах, об оказываемых Исполнителем услугах, проводимых Исполнителем акциях, действующих скидках, а также иную информацию о деятельности Исполнителя и на номер телефона и адрес электронной почты Пациента, указанный в настоящем договоре или отдельных заявлениях Пациента.

Согласен / не согласен (нужное подчеркнуть) _____ (подпись Пациента)

Согласен / не согласен (нужное подчеркнуть) _____ (подпись Плательщика)

7.10. Стороны согласовали, что настоящий Договор и сопутствующие документы могут быть подписаны от имени Исполнителя с использованием факсимиле, при этом факсимильная подпись будет иметь такую же силу, что и подлинная подпись уполномоченного лица.

7.11. Во всем остальном, что не затронуто условиями настоящего Договора, стороны руководствуются действующим законодательством РФ и локальными нормативными актами Исполнителя.

8. РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

Исполнитель:

Плательщик:

ООО «Клиника современных технологий «Садко»
Юридический адрес: 603057, г. Нижний Новгород, ул. Бекетова, д. 13, помещение П6, П22.
ОГРН 1065262009306 (Свидетельство серия 52 №003452555 от 01.02.2006 года выдано ИФНС по Советскому району г. Нижнего Новгорода)
ИНН/КПП 5262146334/526201001
р/с 40702810100000050294
в БАНК ГПБ (АО) г. Москва
к/с 30101810200000000823
БИК 044525823
тел/факс +78314120555
м.п. _____
(подпись исполнителя)

ФИО _____
Дата рождения _____
Адрес регистрации _____
Адрес фактического проживания _____
СНИЛС _____
ИНН _____
Паспорт _____
Выдан _____
Тел. _____
Подпись _____

Своей подписью я,

(ФИО пациента) даю свое согласие на:

- разглашение Плательщику _____ (ФИО) сведений, составляющих врачебную тайну
- выдачу Плательщику выписки из медицинской карты Пациента, копий медицинской документации, а также ознакомление Плательщика с медицинской документацией Пациента.

Подпись: _____ / _____ /

Пациент:

ФИО _____
Дата рождения _____
Адрес регистрации _____
Адрес фактического проживания _____
Паспорт _____
Выдан _____
СНИЛС _____
Тел. _____
e-mail _____
Подпись _____ / _____

Места осуществления медицинской деятельности (Лицензия № Л041-01164-52/00369149 от 25.12.2020г. выдана Министерством здравоохранения Нижегородской области (603005, город Нижний Новгород, ул. Малая Ямская ул., д. 78; тел. 8 (831) 250-94-03, срок действия – бессрочно).

ООО «Клиника современных технологий «Садко» (Адрес: г. Нижний Новгород, ул. Бекетова, д. 13, помещение П6, часть помещения П22)

Печерский филиал ООО «Клиника современных технологий «Садко» (Адрес: г. Нижний Новгород, ул. Родионова, д. 199, помещения №12, №13)

Заречный филиал ООО «Клиника современных технологий «Садко» (Адрес: г. Нижний Новгород, пр. Ленина, д. 67, корп. 1, помещения П30, П31)

Сормовский филиал ООО «Клиника современных технологий «Садко» (Адрес: г. Нижний Новгород, Сормовское шоссе, д. 20, часть помещения П10, помещение П13)

Сведения о соответствующей лицензии содержатся в едином государственном реестре Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения на сайте в сети Интернет <https://roszdravnadzor.gov.ru/services/licenses>. Данные о лицензиях, содержащихся в реестре, имеют статус открытых данных. Выписка из реестра лицензий находится в свободном доступе на информационных стендах (стойках) Исполнителя, а также на сайте Исполнителя в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» <https://sadmokomed.ru>.

Подписанием договора подтверждаю свое ознакомление с документацией Клиники (Положением по организации оказания платных медицинских услуг в ООО «Клиника современных технологий «Садко», Положением о порядке и условиях оказания поликлинических услуг, Положением о скидках, Правилами внутреннего распорядка (правила поведения Пациентов), Правилами подготовки к диагностическим исследованиям, размещенными на сайте Клиники в сети Интернет www.sadmokomed.ru, Прейскурантом и иными документами и локальными нормативными актами Исполнителя)

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

Я, _____, «____» _____ г. рождения
(Ф.И.О. гражданина)
зарегистрированный по адресу: _____

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

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 23.04.2012 г. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 05.05.2012 г. № 24082) (далее - Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи /получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в Обществе с ограниченной ответственностью «Клиника современных технологий «Садко» (ИНН 5262146334, ОГРН 1065262009306, юр. адрес 603057, Нижегородская область, г. Нижний Новгород, ул. Бекетова, д. 13, пом. Пб, П22) Медицинским работником _____

(должность, Ф.И.О. 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 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446).

Я, информирован о том, что:

- отсутствуют убедительные научные данные и масштабные, хорошо организованные исследования в отношении нового коронавируса COVID-19, в том числе о путях передачи, возможностях инфицирования и клинических проявлениях;
- в настоящее время, в связи с эпидемией COVID-19, имеется высокий риск инфицирования в местах общественного пользования, в том числе и медицинских организациях;
- новая коронавирусная инфекция COVID-19 в большинстве случаев у детей протекает в легкой и бессимптомной форме;
- в случае возникновения COVID-19 в поствакцинальном периоде риски будут определяться тяжестью течения заболевания;
- заболевание COVID-19 и препараты, применяемые при лечении COVID-19, могут быть причиной неадекватной выработки иммунитета к вакцине;
- имеющиеся на сегодняшний день диагностические тесты не могут свидетельствовать со 100% точностью о факте отсутствия инфицирования/заболевания в момент проведения медицинского вмешательства (у детей, родителей и медицинских работников).

Я имел(а) возможность задать любые вопросы о рисках, связанных с медицинским вмешательством в период распространения новой коронавирусной инфекцией COVID-19.

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:

(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

(подпись) (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

(подпись) (Ф.И.О. медицинского работника)

«____» _____ 20__ г.
(дата оформления)

Перечень

определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи

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, рээнцефалография, 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, внутрикочно.
13. Медицинский массаж.
14. Лечебная физкультура.