



Адреса: 69005, Україна, м. Запоріжжя, вул. Перемоги, 115  
Телефони: +38 (067) 290-96-96, +38 (095) 290-96-96  
Електронна пошта: [doctorevdokimov@gmail.com](mailto:doctorevdokimov@gmail.com)  
Веб адреса: [www.doctorevdokimov.info](http://www.doctorevdokimov.info)

м. Запоріжжя

АКЦЕПТ

07.08.2022

Послуги у медичному кабінеті ФОП **Євдокимова В.О.** надаються на вибір замовника: на підставі індивідуального письмового договору (у випадку його укладення) або на підставі та на умовах Публічного договору про надання медичних послуг, що розміщено на сайті ФОП **Євдокимова В.О.** за адресою: <https://www.doctorevdokimov.info/oferta> (після його акцепту замовником). У разі неукладення індивідуального письмового договору послуги надаються за принципом мовчазної згоди, на підставі та на умовах публічного договору-оферти (після його акцепту замовником).

Я, **Тестовий Тест Тестович**, підтверджую власну згоду з умовами Публічного договору про надання медичних послуг ФОП **Євдокимов В.О.**

Також підтверджую власну згоду на обробку персональних даних, згідно п. 14.4 та 14.5 Публічного договору про надання медичних послуг ФОП **Євдокимов В.О.**

**Пацієнт:**

Тестовий Тест Тестович

\_\_\_\_\_ (підпис)

Додаток до медичної карти амбулаторного хворого № 375  
згідно Публічного договору про надання медичних послуг  
ФОП Євдокимов В.О.

м. Запоріжжя

ПЛАН ЛІКУВАННЯ

07.08.2022

Лікар запропонував, а Пацієнт погодився на:

Комплекс лікування остеохондрозу	8 сеансів	Строк лікування до 30 днів	8600 грн
----------------------------------	-----------	----------------------------	----------

1 сеанс (60 хвилин)	оздоровчий масаж, лікувальні маніпуляції, реабілітаційні процедури
2 сеанс (60 хвилин)	оздоровчий масаж, лікувальні маніпуляції, реабілітаційні процедури
3 сеанс (60 хвилин)	оздоровчий масаж, лікувальні маніпуляції, реабілітаційні процедури
4 сеанс (60 хвилин)	оздоровчий масаж, лікувальні маніпуляції, реабілітаційні процедури
5 сеанс (60 хвилин)	оздоровчий масаж, лікувальні маніпуляції, реабілітаційні процедури
6 сеанс (60 хвилин)	оздоровчий масаж, лікувальні маніпуляції, реабілітаційні процедури
7 сеанс (60 хвилин)	оздоровчий масаж, лікувальні маніпуляції, реабілітаційні процедури
8 сеанс (60 хвилин)	оздоровчий масаж, лікувальні маніпуляції, реабілітаційні процедури

Оплата за медичні послуги: повна авансова, часткова авансова або згідно схеми оплати, що розміщена на сайті Виконавця за адресою: <https://www.doctorevdokimov.info/price>. Оплата відбувається згідно умов Публічного договору.

**Лікар:**

Євдокимов Валерій  
Олександрович

**Пацієнт:**

Тестовий Тест Тестович

\_\_\_\_\_ (підпис)

\_\_\_\_\_ (підпис)



Адреса: 69005, Україна, м. Запоріжжя, вул. Перемоги, 115  
Телефони: +38 (067) 290-96-96, +38 (095) 290-96-96  
Електронна пошта: [doctorevdokimov@gmail.com](mailto:doctorevdokimov@gmail.com)  
Веб адреса: [www.doctorevdokimov.info](http://www.doctorevdokimov.info)

Міністерство охорони здоров'я України
<b>ФО-П Євдокимов</b>
Код закладу за ЄДРПОУ: 3114220074

**ІНФОРМОВАНА ДОБРОВІЛЬНА  
ЗГОДА ПАЦІЄНТА НА ПРОВЕДЕННЯ  
ДІАГНОСТИКИ, ЛІКУВАННЯ, ТА НА  
ПРОВЕДЕННЯ ОПЕРАЦІЇ  
ТА ЗНЕБОЛЕННЯ**

**ДО АКЦЕПТУ ВІД 07.08.2022**

<b>Медична документація</b>
Форма первинної облікової документації розроблена згідно із № 003-б/0
Затверджена наказом МОЗ України № 110 від 14.02.2012

Я, **Тестовий Тест Тестович**, одержав(ла) у **ФО-П Євдокимов Валерій Олександрович** інформацію про характер мого (моєї дитини) захворювання, особливості його перебігу, діагностики та лікування.

Я ознайомлений(а) з планом обстеження і лікування. Отримав(ла) в повному обсязі роз'яснення про характер, мету, орієнтовну тривалість діагностично-лікувального процесу та про можливі несприятливі наслідки під час його проведення, про необхідність дотримання визначеного лікарем режиму в процесі лікування.

Зобов'язуюсь негайно повідомляти лікуючого лікаря про будь-яке погіршення самопочуття (стану здоров'я дитини).

Я поінформований(а), що недотримання рекомендацій лікуючого лікаря, режиму прийому призначених препаратів, безконтрольне самолікування можуть ускладнити лікувальний процес та негативно позначитись на стані мого (моєї дитини) здоров'я.

Мені надали в доступній формі інформацію про ймовірний перебіг захворювання і наслідки у разі відмови від лікування.

Я мав(ла) можливість задавати будь-які питання, які мене цікавлять, стосовно стану здоров'я, перебігу захворювання і лікування та одержав(ла) на них відповіді.

Інформацію надав лікар **Євдокимов В.О.**

\_\_\_\_\_  
(підпис)

Я, **Тестовий Тест Тестович**,  
згодний(на) із запропонованим планом лікування

\_\_\_\_\_  
(підпис)

# Тестовий Тест Тестович

## Додаткові дані

Карта: 375

Дата: 07.08.2022