

# ИЛЬИНСКАЯ БОЛЬНИЦА

**АО «ИЛЬИНСКАЯ БОЛЬНИЦА»**  
 Факт. адрес: 143421, МО, г.о. Красногорск, А. Глухово,  
 ул. Рублевское предместье, д.2, корп. 2  
 Юр. адрес: 143421, Московская обл., Красногорский район,  
 Красногорский т/п, территория «Зеленый центр РП», стр.  
 1, подъезд 2 эт. 2 этаж, комната № 103  
 тел.: +7 (495) 645-33-77, компания № 103  
 ОГРН 115746997374 ИНН 7707354060 КПП 502401001 ОКПО 51273371  
 Лицензия № ЛО-50-01-010995

АО "Ильинская больница"  
 +7 (495) 645-33-77  
 www.ihospital.ru

## План обследования и лечения № 000004948 от 21.04.2020

Врач **Бакланов А.Н.**  
 Отделение **Спинальной хирургии**

ФИО пациента **Лосева Дарья Дмитриевна**  
 Дата рождения **18.07.2002**

Дата услуги	Услуга	Кол-во	Цена	Сумма к оплате, руб пациент
	Хирургическая коррекция нейромышечного кифосколиоза	1	450 000,00	450 000,00
	2- местная палата, 24 часа пребывания в стационарном отделении с индивидуальным размещением	12	30 000,00	360 000,00
	Реанимационная палата, 24 часа	3	50 000,00	150 000,00
	Консультация специалиста: Консультация аллерголога-	1	9 000,00	9 000,00
	Консультация специалиста: Консультация врача-анестезиолога	1	9 000,00	9 000,00
	Аутогемотрансфузия во время операции с применением селл-сейвера	1	50 000,00	50 000,00
	КТ костей конечностей (одного сегмента)	1	10 500,00	10 500,00
	Рентген двух и более анатомических областей в прямой и боковой проекции в положении стоя	2	10 000,00	20 000,00
	Традиционный рентген двух и более анатомических областей в прямой и боковой проекции в положении лежа	1	5 000,00	5 000,00
	Лабораторные исследования	1	60 000,00	60 000,00
	SoronaVirus SARS-CoV-2 включая забор биоматериала	1	3 300,00	3 300,00
	Низкодозовая КТ (одна область)	1	5 000,00	5 000,00
	Лечение с применением медикаментов	1	127 800,00	127 800,00
	Применение медицинских расходных материалов в лечении, не входящих в стоимость хирургии	1	50 000,00	50 000,00
	Лечение с применением компонентов крови	4	13 404,00	53 616,00
	<b>ИТОГО, gross</b>			<b>1 363 216,00</b>

**ИТОГО**  
 нетто: **1 363 216,00**  
 к оплате **ПАЦИЕНТОМ** **1 363 216,00**

**ПАЦИЕНТ (заказчик законный представитель)** \_\_\_\_\_  
 подпись  
 ФИО полностью \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 подпись  
 Бакланов А.Н.



Заказчик (Пациент) полностью согласен с указанной в настоящей Плане ориентировочной стоимостью Услуг, понимает, что перечень Услуг не является исчерпывающим, а итоговая стоимость Услуг может измениться ввиду обстоятельств, не зависящих от воли Сторон, в том числе в связи с появлением новых данных о характере и особенностях заболевания, изменениями в его развитии и течении, индивидуальными особенностями организма Заказчика (Пациента), медицинскими показаниями, осложнениями, носящими вероятностный характер и которые могут наступить при надлежачем, полном и качественном оказании Услуг Исполнителем, а также по иным причинам, составляющим объективную медицинскую необходимость. Окончательная стоимость услуг определяется в Акте.