

**Информированное добровольное согласие на виды
медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе
врача и медицинской организации для получения первичной, в том числе доврачебной, врачебной и
специализированной медико-санитарной помощи**

Я,

(Ф.И.О. пациента или его законного представителя, возраст пациента)

зарегистрированный (-ая) по адресу:

даю информированное добровольное согласие медицинским работникам ООО " _____ " на следующие виды **медицинских вмешательств**: опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза; осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование; антропометрические исследования; термометрия; тонометрия; неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций; неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций; исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы); лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические; функциональные методы обследования, в том числе: электрокардиография, спирмография, электроэнцефалография; рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования; введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрискожно
при оказании **первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях** по: вакцинации (проведению профилактических прививок); лабораторной диагностике; организации сестринского дела; рентгенологии; сестринскому делу; функциональной диагностике; при оказании **первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях** по: вакцинации (проведению профилактических прививок); организации здравоохранения и общественному здоровью; терапии; при оказании **первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях** по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности); дерматовенерологии; инфекционным болезням; клинической лабораторной диагностике; неврологии; организации здравоохранения и общественному здоровью; оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации); офтальмологии; профпатологии; психиатрии; психиатрии-наркологии; рентгенологии; стоматологии общей практики; ультразвуковой диагностике; урологии; фтизиатрии; функциональной диагностике; хирургии; при **проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз**: медицинских осмотров (предварительных, периодических, предрейсовых, послерейсовых); медицинского освидетельствования кандидатов в услывовители, опекуны (попечители) или приемные родители; медицинского освидетельствования на наличие медицинских противопоказаний к управлению транспортным средством; медицинского освидетельствования на наличие медицинских противопоказаний к владению оружием; психиатрического освидетельствования; экспертизе профессиональной пригодности.

Мне в доступной форме разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанные с ними риски, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, включая вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от указанных в настоящем согласии медицинских вмешательств или потребовать их прекращения, о чем необходимо поставить в известность медицинских работников ООО " _____ " и оформить отказ от медицинского вмешательства в письменной форме.

Мне до заключения договора на оказание медицинских услуг (при подписании настоящего информированного добровольного согласия) разъяснено, что мне необходимо уведомить медицинских работников ООО " _____ " обо всех проблемах, связанных с моим здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной переносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною травмах, операциях, заболеваниях, о принимаемых лекарственных средствах, о фактах употребления алкоголя, наркотических и токсических средств, а также что несоблюдение указаний (рекомендаций) лечащего врача (его коллег), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой по договору медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на моем состоянии здоровья.

Кроме того, я информирован (-на) о возможности получения соответствующих 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.

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», я разрешаю передавать составляющие врачебную тайну сведения о моем здоровье/состоянии здоровья лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) следующим лицам:

(Ф.И.О. граждан, должностных лиц (наименование и ОГРН юридического лица))

Подпись пациента / представителя пациента (ФИО прописью, подпись): _____

Также прошу направить информацию о результатах медицинских вмешательств, указанных в настоящем согласии, содержащую сведения о моем здоровье/состоянии здоровья лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) по электронной почте:

Я информирован (-на) о том, что электронная почта не является надежным (защищенным) каналом и передаваемая информация может стать известна третьим лицам, за что ООО " _____ " ответственности не несет.

Содержание настоящего документа мною прочитано, мне понятно, что я и удостоверяю своей подписью.

Дата _____

Подпись пациента / представителя пациента (ФИО прописью, подпись): _____

Подпись медицинского работника: _____

(Ф.И.О.)

Согласие на обработку персональных данных

В соответствии с требованиями ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006г. № 152-ФЗ «О персональных данных»

Я, _____
(фамилия, имя, отчество)

Документ, удостоверяющий личность	
Контактная информация:	
Адрес места регистрации	
Адрес для почтовой корреспонденции	
Номер телефона/факс	
E-mail, адрес сайта в сети Интернет (если имеется)	

В соответствии со ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006г. № 152-ФЗ «О персональных данных» принимаю решение о предоставлении своих персональных данных, указанных в настоящем письменном согласии,

Общество с ограниченной ответственностью

_____ (наименование (ф.и.о.) и адрес оператора)

Подтверждаю их достоверность и даю своей волей и в своем интересе согласие указанному выше Оператору, на их обработку в целях: (1) моей идентификации; (2) заключения и исполнения договоров, стороной которых либо выгодоприобретателем по которым я являюсь (буду являться), а также договоров, заключенных в моих интересах (договоров, которые будут заключены), для оказания мне медицинских услуг (далее - Услуги) (3) информирования меня об исполнении условий договоров, как заключенных со мной, так и заключенных в моих интересах Оператором третьими лицами, участвующими в оказании Услуг, а также распространения рекламы о товарах, работах и услугах, реализуемых, выполняемых, оказываемых Оператором или вышеуказанными третьими лицами, в том числе посредством осуществления прямых контактов с помощью средств связи. Прим.: Субъект персональных данных вправе не предоставлять согласие на обработку его персональных данных в целях, указанных в пункте 3 настоящего согласия. Отказ от предоставления согласия на обработку персональных данных должен быть выражен субъектом персональных данных собственноручно, путем указания в настоящем согласии следующей фразы: "За исключением целей, указанных в пункте 3 настоящего согласия".

Согласие на обработку дается мной в отношении следующих персональных данных: фамилия, имя, отчество, год, месяц, дата и место рождения, данные документа удостоверяющего личность, контактная информация, указанная в настоящем согласии, сведения о семейном положении, сведения об образовании, сведения о трудовой деятельности (наименование должности, профессии, или вида работ), биометрические персональные данные, характеризующие мои физиологические особенности и на основе которых можно установить мою личность, а также в отношении специальной категории персональных данных касающихся состояния здоровья (сведения о факте обращения за оказанием медицинской помощью, диагнозе и иные сведения, полученные при оказании медицинских услуг), составляющих врачебную тайну.

В отношении моих персональных данных, указанных в настоящем согласии, мною дается согласие на совершение Оператором действий, предусмотренных ст.3 Федерального закона от 27.07.2006г. №152-ФЗ "О персональных данных", а именно: действий (операций) с персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных, передачу (предоставление, доступ) лицу, заключившему со мной (в моих интересах) договор на оказание Оператором медицинских услуг, лицам, привлеченным Оператором для оказания мне медицинских услуг, лицу обеспечивающему безопасность персональных данных при их обработке в информационной системе, а также лицам, передача персональных данных которым, является обязанностью Оператора в соответствии с законодательством Российской Федерации; иных действий, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации, совершаемых как с использованием средств автоматизации, так и без использования таковых, в том объеме, который необходим для достижения целей обработки, указанных в настоящем согласии.

В соответствии со ст. 6 Федерального закона от 27.07.2006г. №152-ФЗ «О персональных данных», даю свое согласие на поручение Оператором обработки моих персональных данных, указанных в настоящем согласии ООО «Единый центр документов» (191124, г. Санкт-Петербург, ул. Красного Текстильщика, д. 10-12, литер Д, ОГРН 10678447378400/ИНН 7811338121). Настоящее согласие действует с момента его подписания мною до момента отзыва его в письменной форме. Субъект персональных данных вправе отозвать данное согласие на обработку своих персональных данных, письменно уведомив об этом оператора.

_____ (дата)

_____ (Подпись субъекта персональных данных, дающего согласие на их обработку)