

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)
"___" _____ г. рождения, (дата рождения гражданина либо законного представителя)
зарегистрированный(ая) по адресу: _____
(указывается место регистрации) в отношении _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при
подписании согласия законным представителем)"___" _____ г. рождения,
зарегистрированный(ая) по адресу: _____ (в случае
проживания не по месту жительства 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 апреля 2012 г. N 390н
(далее — виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-
санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным
представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в Государственном автономном учреждении
Ростовской области «Областной консультативно-диагностический центр».

Медицинским работником _____ 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. N 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. 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:

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного
представителя, телефон)

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

"___" _____ 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, реоэнцефалография, 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.

СОГЛАСИЕ

на обработку персональных данных пациента

Я, _____,
(Ф.И.О. полностью)

проживающий(ая) по адресу _____

(по месту регистрации)паспорт _____ (серия, номер, дата выдачи)

(наименование выдавшего органа, код подразделения)

в соответствии с требованиями ст. 9 Федерального закона от 27.07.06 г. «О персональных данных» № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку в Государственном автономном учреждении Ростовской области «Областной консультативно-диагностический центр», расположенному по адресу: 344000, г. Ростов-на-Дону, улица Пушкинская, дом 127 (далее - Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), паспортные данные, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, данные о праве на льготные рецепты, выписанные льготные рецепты, в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг при условии, что их обработка (с использованием средств автоматизации или без использования средств автоматизации) осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, просмотр, редактирование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по договорам ОМС, ДМС и платным услугам, а также при наличии других оснований, предусмотренных законодательством.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС, ДМС и платным услугам на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховой медицинской организацией и территориальным фондом ОМС с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляется лицом, обязанным сохранять профессиональную (врачебную) тайну.

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.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия, кроме случаев, предусмотренных законодательством.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичной медицинской документации.

Настоящее согласие дано мной и действует с момента подписания до момента его отзыва.

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.

Я уведомлен о том, что в случае отзыва мной согласия на обработку моих персональных данных, Оператор имеет право продолжить их обработку при наличии оснований, установленных законодательством.

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

(или его законного представителя) _____
(личная подпись) (расшифровка подписи)

«__» _____ 20__ г.

Данное согласие принято в моем присутствии, сведения внесены/не внесены в электронную базу данных

(должность лица, принявшего согласие)(личная подпись)

«__» _____ 20__ г.

СОГЛАСИЕ
на получение sms-уведомлений

Я, _____, даю свое согласие
на получение sms-уведомлений и оповещений от ГАУ РО «ОКДЦ»
по номеру тел.: _____

(дата)

(подпись)

(расшифровка подписи)