

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, _____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя) _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:

« ____ » _____ (дата рождения гражданина либо законного представителя)

проживающий по адресу: _____ (адрес регистрации гражданина либо законного представителя) _____ (указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении _____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем) _____ г. рождения, проживающего по адресу:

« ____ » _____ (дата рождения пациента при подписании законным представителем)

(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. № 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 бюджетном учреждении здравоохранения Вологодской области ВО «Грязовецкая ЦРБ».

Медицинским работником _____ (должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) 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 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ».

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. № 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) (подпись)

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

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

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

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, _____

(фамилия, имя, отчество полностью)

зарегистрированный по адресу: _____

(место регистрации)

(номер основного документа, удостоверяющего личность, сведения о дате выдачи указанного документа и выдавшем его органе)

законный представитель _____

(фамилия, имя, отчество пациента)

являясь матерью, отцом, усыновителем, опекуном, приемным родителем, попечитель (нужное подчеркнуть) на основании

(документ, подтверждающий усыновление, опекунов, попечительство и т.д., номер, дата выдачи)

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.06 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», даю согласие на обработку БУЗ ВО «Грязовецкая ЦРБ» (далее – Оператор), находящегося по адресу: 162000 г. Грязовец, ул. Гражданская, д. 20, его и моих персональных данных с целью осуществления медицинской деятельности Оператором. Персональные данные, в отношении которых даю согласие, включают: фамилия, имя, отчество, пол, год, месяц, дата рождения, адрес, семейное положение, социальное положение, место работы, учебы, профессия, занимаемая должность, номер и серия паспорта, кем и когда выдан (удостоверение личности), номер страхового полиса ОМС, ДМС (дата начала действия, дата окончания действия, наименование учреждения, выдавшего полис), номер СНИЛС, состояние здоровья, диагнозы, дата начала и окончания лечения, место оказания медицинской помощи, коды (вида медицинской помощи, профиля отделения, койки, специалиста, диагноза заболевания), исход заболевания, данные листка нетрудоспособности, родового сертификата, стоимость лечения.

Перечень действий с персональными данными, в отношении которых даю согласие, включает: сбор, систематизацию, накопление, уточнение (обновление, изменение), использование, передачу третьим лицам в РФ, список которых опубликован на сайте БУЗ ВО «Грязовецкая ЦРБ», обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных автоматизированным и неавтоматизированным способом с соблюдением требований действующего законодательства. Я ознакомлен(на) с документами Оператора, устанавливающими порядок обработки персональных данных, а также с моими правами и обязанностями в этой области. Настоящее согласие вступает в силу с момента его подписания и может быть отозвано путем подачи Оператору письменного заявления.

Настоящее согласие дано мной « _____ » _____ 20 ____ г. и действует бессрочно.

(подпись)

(расшифровка подписи)