

### Информированное добровольное согласие пациента на медицинское вмешательство

Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии с Основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан и другими законодательствами и нормативными актами РФ.

Я, гражданин (ка) \_\_\_\_\_

Ф.И.О. пациента или его законного представителя

- ознакомлен(а) с правами пациента, предусмотренными ст.19, 20, 22, 46 Федерального закона от 21.11.2011г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», ст.18, 20-22,28 и 41 Конституции Российской Федерации.
- Мне разъяснены состояние моего здоровья и заболевания, а также характер, порядок и содержание всех необходимых диагностических и лечебных мероприятий, соответствующих установленному и объявленному мне диагнозу моего заболевания и стадии его развития.
- Настоящим я даю свое согласие врачу \_\_\_\_\_ (далее Врач) назначать и выполнять все необходимые мне исследования, лечение.
- Я информирован(а) о характере предстоящих исследований/манипуляций, связанном с ними риском и возможном развитии неприятных ощущений, осложнений и последствий.
- Я информирован(а) об альтернативных видах диагностики и лечения и о преимуществах данного вида. Я также ознакомлен(а) с планом предполагаемого мне поэтапного обследования и лечения и действием назначаемых мне лекарственных препаратов. Я согласен(на) с возможным изменением медикаментозной терапии в случае непереносимости мною тех или иных лекарственных препаратов, изменениям состояния моего здоровья, требующего изменения тактики лечения, а также применением других лекарственных препаратов и других методов лечения, которые могут быть назначены врачами консультантами.
- Я предупрежден(а) о последствиях отказа от диагностики и лечения, включая возможные осложнения.
- Мне разъяснено, что в ходе выполнения медицинских действий, проводимых мне, может возникнуть необходимость выполнения других вмешательств, исследований, операций, лечебных мероприятий, не указанных выше. Я даю свое согласие Врачу принять соответствующее профессиональное решение и выполнить любые действия, которые Врач сочтет необходимым для установления или уточнения диагноза, улучшения моего состояния.
- Я заявлю, что изложил(а) Врачу все известные мне данные о состоянии своего здоровья, наследственных, психических, венерических и других заболеваниях в моей семье.
- Подтверждаю, что прочитал(а) и понял(а) все вышеизложенное, имела(а) возможность обсудить с врачом все интересующие и непонятные мне вопросы, связанные с лечением моего заболевания и последующего реабилитационного периода. На все заданные вопросы я получил(а) удовлетворяющие меня ответы и у меня не осталось невыясненных вопросов к врачу.
- Мое решение является свободным и добровольным и предоставляет собой информированное согласие на проведение медицинского вмешательства
- Я ознакомлен(а) с правилами внутреннего распорядка медицинского учреждения и обязуюсь соблюдать их.
- Я уведомлен, что медицинское учреждение имеет право без моего согласия разгласить конфиденциальные сведения в случаях, предусмотренных законодательством.
- Содержание настоящего документа мною прочитано, разъяснено мне Врачом, оно мне полностью понятно, что я и удостоверяю своей подписью.

Пациент \_\_\_\_\_  
подпись

Фамилия И.О

Дата \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 201 \_\_\_\_

Врач \_\_\_\_\_  
подпись

Фамилия И.О

Дата \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 201 \_\_\_\_

## Согласие на обработку персональных данных пациента.

Я, гражданин (ка) \_\_\_\_\_

адрес постоянной регистрации \_\_\_\_\_

паспорт серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_, выданный \_\_\_\_\_

дата выдачи \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ орган, выдавший паспорт

в соответствии с требованиями ст.9 Федерального закона №152-ФЗ от 27.07.2006г. «О персональных данных» подтверждаю свое согласие на обработку ГБОУ ВПО ВолгГМУ Минздрава России Клинике семейной медицины (далее Оператор) моих персональных данных, включающих Фамилию, имя, отчество, дату рождения, пол, адрес регистрации и места жительства, контактные телефоны, паспортные данные, социальное положение, место работы и занимаемая должность, данные о стаже работы во вредных условиях труда и наличие вредных факторов, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, в случаях обращения за медицинской помощью, в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и наличии или отсутствии противопоказаний к работе при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанностями сохранять врачебную тайну.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, 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 работу учреждения здравоохранения. 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.

Оператор имеет право во исполнение своих обязанностей на:

1. Обмен (прием и передачу) моими персональными данными с Пенсионным фондом и налоговым органом на бумажных носителях, 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 осуществляться лицом, допущенным к обработке персональных данных (на основании приказа по учреждению);
2. Передачу данных в органы управления здравоохранения для целей паспортизации ЛПУ, с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что прием и обработка их будут осуществляться лицом, допущенным к обработке персональных данных (на основании приказа по учреждению).
3. Работе по договору ДМС на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховой медицинской организацией 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 осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну);
4. Передачу сведений в органы управления здравоохранением Волгоградской области.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и сроков хранения документов в бухгалтерии и отделе кадров согласно законодательству РФ.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных оператор обязан прекратить их обработку в течении периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Настоящее согласие дано мной \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / 20 \_\_\_\_\_ и действует бессрочно.

Подпись субъекта персональных данных \_\_\_\_\_

Я также разрешаю предоставлять информацию, составляющую врачебную тайну (сведения о состоянии моего здоровья, результаты диагностических исследований, сведения о назначенных мне необходимые диагностические и лечебные мероприятия и др.) следующим лицам; \_\_\_\_\_ или никому

Подпись \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / 20 \_\_\_\_\_