

**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство к
Договору № _____ от « ____ » _____ 20 ____ г.**

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)
« ____ » _____ **г. рождения,**
(дата рождения гражданина либо законного представителя)
зарегистрированный по адресу: _____
(адрес регистрации гражданина либо законного представителя)
проживающий по адресу: _____
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)
« ____ » _____ **г. рождения,**
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)
проживающего 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 РФ 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

ООО «Медицинская сервисная компания Меридиан»

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 РФ» 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)

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

Заявление

субъекта персональных данных о согласии на обработку его персональных данных

(форма разработана в соответствии со ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ «О персональных данных»)

Я, _____

(Фамилия, Имя, Отчество)

_____ (адрес прописки или регистрации по месту жительства)

_____ (вид документа, удостоверяющего личность, серия, номер, кем выдан и дата выдачи)

в соответствии с требованиями статей 6 и 9 Федерального закона Российской Федерации от 27.07.2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных», статьи 13 Федерального закона Российской Федерации от 21.11.2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», для целей обеспечения квалифицированного медицинского обслуживания, даю согласие Оператору – ООО «МСК Меридиан», расположенному по адресу: город Ростов-на-Дону, Театральный проспект д. 60/348, на получение и обработку моих персональных данных, включающих:

- 1) Фамилия; Имя; Отчество;
- 2) Пол;
- 3) Дата рождения;
- 4) Адрес регистрации, места проживания;
- 5) Контактный телефон: домашний, мобильный, рабочий
- 6) Адрес электронной почты;
- 7) Реквизиты полиса обязательного и/или добровольного медицинского страхования (ОМС/ДМС);
- 8) Данные о состоянии моего здоровья: заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, в том числе сведения (документы), полученные из медицинских и иных организаций;
- 9) Биометрические данные.

- в лечебно-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, назначения и осуществления лечения, при условии, что обработка таких персональных данных осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью либо деятельностью, связанной с оказанием медицинских услуг, и обязанным сохранять врачебную тайну и конфиденциальность персональных данных;

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, в том числе биометрические данные, посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими порядок ведения и состав данных в учетно-отчетной медицинской документации. Я обязуюсь предоставлять персональные данные, соответствующие действительности, а в случае их изменения своевременно (в течение трёх рабочих дней) направлять их оператору для коррекции. Оператор имеет право на обмен (приём и передачу) моими персональными данными со страховой медицинской компанией, фондом обязательного медицинского страхования, фондом социального страхования, пенсионным фондом, с использованием машинных носителей информации, по каналам связи и(или) в виде бумажных документов, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, без специального уведомления меня об этом, при условии, что их приём и обработка осуществляются лицом, обязанным сохранять конфиденциальность информации. Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия. 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.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет двадцать пять лет.

Я оставляю за собой право отозвать своё согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручён лично под расписку представителю Оператора. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить обработку моих персональных данных, за исключением случаев, предусмотренных ч. 2 ст. 9 Федерального закона №152-ФЗ, в течение 30 календарных дней с момента получения отзыва;

Я утверждаю, что я предупрежден(а) о возможных последствиях прекращения обработки своих персональных данных.

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

_____ (подпись)

_____ (Фамилия, инициалы)

Согласие на обработку персональных данных получено в моем присутствии: _____

(ФИО представителя Исполнителя)