

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я,

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)

(дата рождения гражданина либо законного представителя)

(адрес 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)

(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. 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 Федеральном государственном бюджетном учреждении Санкт-Петербургской клинической больницы Российской академии наук (СПб больнице РАН)

Медицинским работником:

(должность, фамилия, имя, отчество 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. 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 2011г. №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:

V

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

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

V

Подпись

V

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

Подпись

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

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, кардиоотография (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, внутрикожно.
13. Медицинский массаж.
14. Лечебная физкультура.

Согласие гражданина (законного представителя) на обработку своих персональных данных (ПД)

Я,

зарегистрированный по адресу:

Данные паспорта: серия _____, номер _____, выдан _____

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.06 г. «О персональных данных» №152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку СПб больницей РАН (194017, Санкт-Петербург, пр. Тореца, дом 72) (далее - Оператор) моих персональных данных, включающих:

- фамилию, имя, отчество;
- пол;
- дату рождения;
- адрес проживания (регистрации);
- данные паспорта;
- контактный телефон;
- реквизиты полиса ОМС (ДМС);
- страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС);
- место работы;
- данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью

в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи (амбулаторно и/или в условиях стационара) 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, обезличивание, блокирование, уничтожение, передача в Министерство здравоохранения Российской Федерации, Министерство науки и высшего образования Российской Федерации, Территориальные и Федеральный фонд обязательного медицинского страхования, страховую медицинскую организацию. 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 ОМС (договором ДМС).

Настоящее согласие действует бессрочно.

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.

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

ДАТА

Я, _____
(Ф.И.О. пациента)

Данные паспорта : серия	номер	выдан	код подразд.
гражданство			

[illegible]

Я выражаю согласие на получение рекламных и/или информационных сообщений по каналам электросвязи (в том числе посредством подвижной радиотелефонной связи) следующими способами доставки: текстовое сообщение (SMS), мессенджера WhatsApp, Telegram, на указанный мной при оформлении документации в СПб больница РАН и принадлежащий мне номер мобильного телефона; электронное сообщение на указанный мной при оформлении документации в СПб больница РАН и принадлежащий мне адрес электронной почты.

Подписывая настоящее заявление я проинформирован(-а) о том, что электронная почта является открытым источником информации и не защищается СПб больницей РАН. За несанкционированный доступ к моему почтовому ящику третьих лиц, а равно и за доступ к моим персональным данным, сведениям, составляющим врачебную тайну и утечку информации, СПб больница РАН ответственности не несет. Настоящим принимаю на себя ответственность и все риски, связанные с не получением, не своевременным получением или возможным несанкционированным доступом третьих лиц к конфиденциальной информации при указанном выше способе передачи информации.

_____(ФИО) _____подпись « » 202 г.