

ПРИМЕРНАЯ ФОРМА

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

Я, _____ г. рождения, зарегистрированный(ая) по адресу:

Законный представитель: _____

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в 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 «Об утверждении Перечня определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи» (далее - виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи в

Общество с ограниченной ответственностью "ЦЕНТР УСЛУГ "ЭКС ЛИДЖ"

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. 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 Российской Федерации».

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которых) 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:

Ф.И.О. гражданина, контактный телефон

(подпись)

(подпись)

Ф.И.О. медицинского работника

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ ДЛЯ ИНФОРМИРОВАНИЯ ПАЦИЕНТА ОБ УСЛУГАХ И ЗАПИСИ

г. рождения, зарегистрированный(ая) по адресу:

Законный представитель

Примечание: Сведения о законном представителе заполняются в том случае, если заявление заполняет законный представитель гражданина Российской Федерации

Общество с ограниченной ответственностью "ЦЕНТР УСЛУГ "ЭКС ЛИДЖ"

по адресу: 414000, Астрахань, улица Валерии Барсовой дом 17 корпус 2 помещение 01 (далее – Оператор). Целью обработки персональных данных является уведомление об услугах и напоминание о записи на прием.

Перечень персональных данных, которые передаются Оператору на обработку: фамилия, имя, отчество; дата рождения; адрес; номер телефона; e-mail.

Я даю согласие на совершение действий, предусмотренных Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных, совершаемых как с использованием средств автоматизации, так и без использования таковых, том объеме, который необходим для достижения целей обработки, указанных в настоящем согласии.

Настоящее согласие дано мной _____ и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Учреждения по почте заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручен лично под расписку представителю Учреждения.

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

Контактные телефоны _____ и почтовый адрес _____

Подпись субъекта персональных данных _____

Заявление принял _____

(подпись специалиста)