

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
ОБ ОБЪЕМЕ И УСЛОВИЯХ, ОКАЗЫВАЕМЫХ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**
(разработано в соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 04.10.2012 г. № 1006)

Я, ФИО пациента, на основании статей 20, 84 ФЗ №323-ФЗ от 21.11.2011г. «Об основах здоровья граждан в РФ» желаю получить платные медицинские услуги в ООО «СИЛАЙФ» (далее - Исполнитель) за плату, при этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

1. Я, получив от работников Исполнителя полную информацию о возможности и условиях предоставления бесплатных медицинских услуг в других медицинских учреждениях в рамках программ получения бесплатной медицинской помощи населению, даю свое согласие на оказание платных медицинских услуг Исполнителем.
2. Я ознакомлен(-а) с действующим прейскурантом цен на оказываемые Исполнителем медицинские услуги и согласен оплатить стоимость оказанных мне медицинских услуг в соответствии с данным прейскурантом за счет своих личных средств или иных источников дохода, не запрещенных действующим законодательством.
3. Я выражаю добровольность в получении платных медицинских услуг, в то время как я рассмотрел различные варианты получения медицинских услуг, и то, что мне могут оказать аналогичные медицинские услуги в других медицинских учреждениях, на других условиях.
4. Я уведомлен(-а) с тем, что используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, Исполнитель не несет ответственность за их возникновение.
5. Мне разъяснено, что я могу получить как один из видов платных медицинских услуг, так и нескольких видов услуг.
6. Мне разъяснено и я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен исполнять все назначения и рекомендации Исполнителя (работника исполнителя, предоставляющего платную медицинскую услугу), и что несоблюдение таких рекомендаций, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя.
7. Я удостоверяю, что текст моего информированного согласия на оказание платных медицинских услуг мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют.
8. Настоящее информированное согласие подписано мною после проведения предварительной беседы и является приложением к указанному договору об оказании платных медицинских услуг.

Подпись: _____

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, ФИО пациента, _____ г. рождения, проживающий по адресу _____, паспорт серия номер, выдан _____, код подразделения _____, тел.: email:

в рамках Договора оказания платных медицинских услуг № _____ в соответствии со ст. 9 ФЗ «О персональных данных» от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ, даю свое согласие на обработку, а именно любое действие (операцию) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, удаление, уничтожение в отношении следующих персональных данных: паспортные данные: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания: СНИЛС, контактные телефоны, данные полиса ДМС, профессия, место работы, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью оператором - ООО «СИЛАЙФ», ИНН 2304075040, место нахождения: г. Геленджик, ул. Туристическая, д. 6, корпус 11 (далее - Оператор) - в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских услуг, ведения учета и систематизации оказанных услуг, в целях исполнения условий договоров по привлечению клиентов, а также в целях улучшения качества обслуживания пациентов и проведения маркетинговых программ, статистических исследований, в том числе в информационных системах Оператора.

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 на обмен (прием и передачу) моими персональными данными 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. Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Предоставляю право обработки, хранения и передачи медицинской документации и (или) сведений о состоянии моего здоровья, с моего согласия, в том числе, посредством федеральной государственной информационной системы «Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций)» (далее - единый портал государственных и муниципальных услуг).

Я ознакомлен с тем, что обработка персональных данных относится к состоянию моего здоровья и является необходимостью для защиты моей жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов, а также в целях оказания дополнительных услуг, путем осуществления прямых контактов и с помощью средств связи (электронная почта, смс-сообщение, мессенджеры, телефон). Настоящим даю согласие на направление мне информации о состоянии моего здоровья, а также иных моих персональных данных по вышеуказанному адресу электронной почты.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов. Срок дачи согласия: бессрочно с даты подписания до дня отзыва в письменной форме. Я оставляю за собой право отозвать свое согласие на обработку персональных данных и получение информации об услугах в смс-сообщениях, по адресу электронной почты и телефону посредством составления соответствующего письменного документа, который должен быть направлен мной в адрес Оператору по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Исполнителя. 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.

В целях улучшения качества обслуживания пациентов и проведения маркетинговых программ настоящим даю согласие на получение информации об услугах Оператора в виде смс-сообщений, по электронному адресу, мессенджерам, телефону на указанный мной выше номер телефона и адрес электронной почты.

Я ознакомлен с тем, что имею право на получение при обращении с письменным запросом информации, касающейся обработки персональных данных, в том числе содержащей: 1) подтверждение факта обработки персональных данных Оператором, а также цель

обработки; 2) способы обработки персональных данных, применяемые Оператором; 3) сведения о лицах, которые имеют доступ к персональным данным или которым может быть предоставлен такой доступ; 4) перечень обрабатываемых персональных данных и источник их получения; 5) сроки обработки персональных данных, в том числе сроки их хранения; 6) сведения о том, какие последствия может повлечь за собой обработка персональных данных.

Я ознакомлен с тем, что Оператор при обработке персональных данных обязан принимать необходимые организационные и технические меры для защиты персональных данных от неправомерного или случайного доступа к ним, уничтожения, изменения, блокирования, копирования, распространения персональных данных, а также от иных неправомерных действий.

Подпись: _____

Дата:

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
НА ВИДЫ МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ, ВКЛЮЧЕННЫЕ В ПЕРЕЧЕНЬ ОПРЕДЕЛЕННЫХ ВИДОВ
МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ, НА КОТОРЫЕ ГРАЖДАНЕ ДАЮТ ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ
СОГЛАСИЕ ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ**

Я, ФИО пациента, в рамках Договора оказания платных медицинских услуг № ____ от ____ г. даю информированное добровольное согласие на все виды медицинских вмешательств, в том числе 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 23.04.2012 г. № 390н (далее - Перечень), в том числе с использованием сети Интернет а именно:

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, кардиотокография (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, внутрикжно.
 13. Медицинский массаж.
 14. Лечебная физкультура.
 15. Эндоскопические исследования.
 16. Физиотерапевтические процедуры.
 17. Забор биологических материалов для лабораторных исследований.
 18. Иные медицинские манипуляции, необходимые для оказания медицинской помощи.
- для получения первичной медико-санитарной помощи в ООО «СИЛАЙФ»

Медицинским работником _____

(должность, ФИО медицинского работника)

Медицинским работником _____

(должность, ФИО 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 21.11.2011 г. № 323-ФЗ “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации” (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2012, N 26, ст. 3442, 3446).

◦ – Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 статьи 19 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации” может быть передана информация о состоянии моего здоровья:

(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон) (подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

Дата

Дополнительная информация: Согласно ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации”, необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя на медицинское вмешательство на основании предоставленной медицинским работником в доступной форме полной информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания

медицинской помощи. В случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно, вопрос о его проведении в интересах гражданина решает консилиум, а при невозможности собрать консилиум – непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением должностных лиц лечебно-профилактического учреждения.