

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

Я, (Ф.И.О. гражданина) _____

Дата рождения " ____ " _____ г, зарегистрированный по адресу: _____ 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 (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082) (далее - Перечень), в Обществе с ограниченной ответственностью «МедКом Крым» в доступной для меня форме 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" (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 ноября 2011 г. N 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).

Ф.И.О. гражданина _____ (подпись) _____

Оформление письменного договора на оказание платных медицинских услуг не требуется (попись) _____

Ф.И.О. Медицинского работника: _____ " ____ " _____ 201__ г.

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

Я, (Ф.И.О. гражданина) _____

Дата рождения " ____ " _____ г, зарегистрированный по адресу: _____ 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 (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082) (далее - Перечень), в Обществе с ограниченной ответственностью «МедКом Крым» 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" (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 ноября 2011 г. N 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).

Ф.И.О. гражданина _____ (подпись) _____

Оформление письменного договора на оказание платных медицинских услуг не требуется (подпись) _____

Ф.И.О. Медицинского работника _____ " ____ " _____ 201__ г.

Оборотная сторона

Согласие на обработку персональных данных

Настоящим во исполнение требований статьи 9 Федерального закона «О персональных данных №152-ФЗ от 27.07.2006 г., статьи 13 Федерального закона от 21.11.2011. 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»,

Я, (Ф.И.О. гражданина) _____

Паспорт (серия, номер) _____ Кем и когда выдан _____

Даю свое письменное согласие Обществу с ограниченной ответственностью «**МедКом Крым**» (Далее-Оператор) (295011, г. Симферополь, ул. Желябова, д. 9а, пом. 1б) на обработку моих персональных данных в медико-профилактических целях, в целях установления заболеваний, противопоказаний к труду, либо при оказании медицинских услуг по договору, а также при проведении Оператором учетно-отчетных и иных мероприятий при условии обеспечения конфиденциальности имеющейся информации.

Я уведомлен и понимаю, что под обработкой данных Оператором подразумевается сбор, систематизация, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, передачу (заказчику медицинских услуг в рамках договорных отношений, либо в медицинские и иные страховые организации), обезличивание, блокирование, уничтожение моих персональных данных.

Я осведомлен, что под персональными данными подразумевается любая информация, имеющая ко мне отношение, как к субъекту персональных данных, в том числе фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения и место регистрации, данные паспорта, место работы, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью. Порядок отзыва на обработку персональных данных мне известен.

(подпись) _____ / Ф.И.О. гражданина _____ /

Дата заполнения согласия « ____ » _____ 201 ____ г.

Оборотная сторона

Согласие на обработку персональных данных

Настоящим во исполнение требований статьи 9 Федерального закона «О персональных данных №152-ФЗ от 27.07.2006 г., статьи 13 Федерального закона от 21.11.2011. 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»,

Я, (Ф.И.О. гражданина) _____

Паспорт (серия, номер) _____ Кем и когда выдан _____

Даю свое письменное согласие Обществу с ограниченной ответственностью «**МедКом Крым**» (Далее-Оператор) (295011, г. Симферополь, ул. Желябова, д. 9а, пом. 1б) на обработку моих персональных данных в медико-профилактических целях, в целях установления заболеваний, противопоказаний к труду, либо при оказании медицинских услуг по договору, а также при проведении Оператором учетно-отчетных и иных мероприятий при условии обеспечения конфиденциальности имеющейся информации.

Я уведомлен и понимаю, что под обработкой данных Оператором подразумевается сбор, систематизация, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, передачу (заказчику медицинских услуг в рамках договорных отношений, либо в медицинские и иные страховые организации), обезличивание, блокирование, уничтожение моих персональных данных.

Я осведомлен, что под персональными данными подразумевается любая информация, имеющая ко мне отношение, как к субъекту персональных данных, в том числе фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения и место регистрации, данные паспорта, место работы, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью. Порядок отзыва на обработку персональных данных мне известен.

(подпись) _____ / Ф.И.О. гражданина _____ /

Дата заполнения согласия « ____ » _____ 201 ____ г.