

**Информированное добровольное согласие на медицинское
вмешательство**

Я, _____, дата рождения - 0.1.00, зарегистрированный(-ая) по адресу: _____, паспорт: серия _____ номер _____ выдан: дата _____
наименование выдавшего документ подразделения

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:

Я, _____ паспорт: серия _____ номер _____ выдан: дата _____
учреждение _____
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным: _____
(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год рождения)

1. Мне согласно моей воли даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания (здоровья представляемого);

2. Я ознакомлен(-а) с распорядком и правилами лечебно-охранительного режима, установленного в данном лечебно-профилактическом учреждении, и обязуюсь их соблюдать.

3. Добровольно даю свое согласие на проведение мне (представляемому), в соответствии с назначениями врача, диагностических исследований: анализа крови общего и биохимических, исследований крови на наличие вируса иммунодефицита человека, вирусных гепатитов, бледной трепонемы, анализа мочи общего, электрокардиографии; проведения рентгеновских, ультразвуковых, эндоскопических исследований и лечебных мероприятий: прием таблетированных препаратов, инъекций, внутривенных вливаний, диагностических и лечебных пункций, физиотерапевтических процедур. Необходимость других методов обследования и лечения будет мне разъяснена дополнительно.

4. Я информирован(-а) о целях, характере и неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также о том, что предстоит мне (представляемому) делать во время их проведения;

5. Я извещен(-а) о том, что мне (представляемому) необходимо регулярно принимать назначенные препараты и другие методы лечения, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых, не прописанных лекарств;

6. Я предупрежден(-а) и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима приема препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья;

7. Я поставил (-а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах.

8. Я сообщил (-а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

9. Я, _____ дата рождения _____ 0.1.00

согласен (-а) на осмотр другими медицинскими работниками исключительно в медицинских целях с учетом сохранения врачебной тайны.

10. Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты, и добровольно даю свое согласие на обследование и лечение в предложенном объеме;

11. Разрешаю, в случае необходимости, предоставить информацию о моем диагнозе, степени тяжести и характере моего заболевания моим родственникам, законным представителям, гражданам:

ФИО полностью

контактный телефон

12. Я проинформирован(а) о том, что под платными медицинскими услугами понимается предоставление медицинских услуг на возмездной основе за счет личных средств граждан, средств юридических лиц и иных средств на основании договора возмездного оказания платных медицинских услуг;

13. Я уведомлен(а) о том, что ООО «КДВ на Открытом шоссе» не входит в перечень медицинских учреждений, оказывающих медицинскую помощь по программе обязательного медицинского страхования;

14. Я согласен(а) с тем, что все оказываемые медицинские услуги ООО «КДВ на Открытом шоссе» осуществляются на платной основе;

15. Я даю свое добровольное согласие на предоставление медицинских услуг в ООО "КДВ на Открытом шоссе" на платной основе;

16. Я проинформирован(а) о том, что могу получить медицинскую помощь в гарантированном объеме, оказываемую без взимания платы, в другом медицинском учреждении.

Пациент: _____

Законный представитель

пациента: _____

ПРИМЕЧАНИЕ:

Согласие на медицинское вмешательство (лечение) в отношении лиц, не достигших возраста 15 лет, и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, дают их законные представители (родители, усыновители, опекуны или попечители) с указанием Ф.И.О., паспортных данных, родственных отношений после сообщения им сведений о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

При отсутствии законных представителей решение о необходимости лечения принимает консилиум, а при невозможности собрать консилиум – непосредственно лечащий врач с последующим уведомлением главного врача ООО «Клиника для детей и взрослых на Открытом Шоссе» и законных представителей.

В случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а необходимость проведения лечения неотложна, вопрос о медицинском вмешательстве в интересах гражданина решает консилиум, а при невозможности собрать консилиум – непосредственно лечащий врач с последующим уведомлением главного врача ООО «Клиника для детей и взрослых на Открытом Шоссе» .

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, _____, дата рождения 01.00, зарегистрированный(-ая) по адресу:

0.1.00

паспорт: серия _____ номер _____ выдан: _____ дата 01.00

наименование выдавшего документ подразделения

1. В соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.06 "О персональных данных" N 152-ФЗ (в редакции от 05.04.2013г.) подтверждаю свое согласие на обработку в ООО «КДВ на Открытом шоссе» моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ДМС, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, непереносимости лекарственных средств, случаях обращения за медицинской помощью.
2. Информирован(-а), что Согласно п. 2 ст. 10 Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ «О персональных данных», обработка специальных категорий персональных данных, указанных в части 1 статьи 10, допускается при отсутствии согласия Пациента в случаях, если: обработка персональных данных осуществляется в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг при условии, что обработка персональных данных осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну.
3. Я также проинформирован(-а) и согласен(-на), что согласно ст. 78 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», ООО «КДВ на Открытом шоссе» имеет право создавать локальные информационные системы, содержащие данные о пациентах и об оказываемых им медицинских услугах, с соблюдением установленных законодательством Российской Федерации требований о защите персональных данных и соблюдением врачебной тайны.
4. Я даю согласие на использование моих персональных данных в целях выполнения обязательств по договору оказания платных медицинских услуг.
5. Настоящее согласие предоставляется на осуществление особых действий в отношении моих персональных данных, которые необходимы для достижения указанных целей, а так же даю свое согласие на получение результатов лабораторных исследований на мой электронный адрес: _____.
6. При передаче результатов лабораторных исследований по открытым каналам связи (электронная почта) ООО «КДВ на Открытом шоссе» не несет ответственности в случае возможного нарушения конфиденциальности передаваемой информации.
7. Я подтверждаю, что, давая такое Согласие, я действую своей волей и в своих интересах.

Подпись _____ ФИО _____
(полностью)

Дата _____