

Согласие на обработку персональных данных пациента

Я, нижеподписавшийся _____,
проживающий по адресу _____,
паспорт № _____, выдан _____ дата выдачи _____,
(в случае, если пациентом является несовершеннолетний или недееспособный гражданин, от имени и с интересах Пациента
действует Законный представитель: ФИО _____,
адрес места жительства _____,
телефон _____, паспорт № _____, выдан _____,
дата выдачи _____)

в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.06 г. «О персональных данных» № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку ООО «КСД» (далее — Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактный(е) телефон(ы), паспортные данные, а также данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью — в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. 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 договорам ДМС.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе по договору ДМС на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховой медицинской организацией _____ с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будет осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет пять лет.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной _____ и 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.

Контактный телефон _____ и почтовый адрес _____

Подпись субъекта персональных данных _____ / _____ /

Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи

Я, _____,
(ФИО гражданина, одного из родителей или законного представителя)
дата рождения _____, проживающий(ая) по адресу: _____

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенных 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 МЗСР РФ от 23.04.2012 г. № 390н (зарегистрирован Минюстом РФ 05.05.2012г. №24082) (далее – Перечень): 1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза. 2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрягая 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), рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования. 12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикочно. 13. Медицинский массаж. 14. Лечебная физкультура для оказания мне; моему ребёнку; лицу, чьим законным представителем я являюсь (ненужное зачеркнуть)

(ФИО и дата рождения лица, от имени которого выступает законный представитель)
проживающего по адресу: _____
первичной медико-санитарной помощи в ООО «Клиника современной диагностики».

Медицинским работником _____ (должность, ФИО медицинского работника) в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинского вмешательства, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что при оформлении настоящего добровольного информированного согласия, а также перед осуществлением медицинского вмешательства, включенного в Перечень, я имею право отказаться от одного или нескольких вышеуказанных видов медицинского вмешательства или потребовать его/их прекращения, за исключением случаев, предусмотренных ч.9 ст. 20 ФЗ от 21.11.2011г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ».

Я предоставляю право ООО «КСД» в процессе оказания мне определенного вида медицинских услуг, а именно лабораторных методов обследования, в том числе клинических, биохимических, бактериологических, вирусологических, иммунологических и т.д., передавать мои персональные данные, а именно ФИО и дату рождения, а также сведения, составляющие врачебную тайну (анамнез), медицинским работникам сторонних организаций - представителям лабораторий, проводящих исследование биоматериала, оказывающих ООО «КСД» услуги, необходимые мне в интересах моего обследования и лечения.

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с п. 5 ч. 3 ст. 19 ФЗ от 21.11.2011г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть):

_____ (ФИО гражданина, контактный телефон)

_____ «_____» _____ г.
(подпись) (ФИО гражданина, одного из родителей или законного представителя) (дата)

_____ (подпись) (ФИО медицинского работника, должность)

Информированное добровольное согласие на проведение магнитно-резонансной томографии

Я, _____, проживающий по адресу _____, (в случае, если пациентом является несовершеннолетний или недееспособный гражданин, от имени и с интересах Пациента действует Законный представитель: ФИО _____, адрес места жительства _____, телефон _____, паспорт № _____, выдан _____, дата выдачи _____)

Настоящим документом подтверждаю следующее:

1. Мне в доступной форме была сообщена информация о предстоящем диагностическом исследовании: сущность процедуры, этапы ее проведения, материальный результат и возможные осложнения, связанные с нарушением рекомендаций персонала медицинского центра.
2. Добровольно даю свое согласие на проведение опроса, в том числе выявления жалоб, сбор анамнеза; осмотр, в том числе пальпацию и магнитно-резонансную томографию.
3. Мне разъяснено, что МРТ-диагностика может быть достаточно информативной и эффективной только в случае выполнения мной определенных условий (сохранять неподвижность во время исследования, не прерывать исследование, не разговаривать во время исследования и т.д.). Если я не смогу обеспечить этих условий, я несу ответственность за возможность получения неинформативных снимков.
4. Я проинформирован(а), что МРТ исследование проводится на МРТ аппарате открытого типа «MagFinder II» с напряженностью магнитного поля 0,32 Тесла. Результаты МРТ исследования выдаются пациенту в виде записанных на CD-диск снимков и описания исследования на бумажном носителе. Распечатка изображений на рентгеновской пленке в стоимость исследования не входит и оплачивается отдельно согласно действующему Прейскуранту.
5. Я получил (а) информацию о стоимости предстоящей диагностической процедуры, а правилах ее оплаты и документами, подтверждающими этот факт. Я признаю необходимость оплаты исследования по ценам действующего прейскуранта перед началом проведения исследования, в том числе при возникновении расхождений в разновидности исследований между тем, что мне назначил мой лечащий врач, моя страховая компания и теми видами исследований, которые я лично считаю необходимым провести.
6. Я подтверждаю, что информирован(а) о возможности отказаться от проведения исследования магнитно-резонансной томографии на любом этапе до получения результатов исследования, сознавая возможность наступления последствий отказа от этой диагностической процедуры для моего здоровья, если она строго рекомендована к проведению моим лечащим врачом.
7. Я ознакомлен (а) со всеми противопоказаниями (абсолютными и относительными) к проведению исследований на магнитно-резонансном томографе: наличие у пациента кардиостимулятора, клипс (скобок) сосудистых аневризм, имплантированного сердечного дефибриллятора, нейростимулятора, имплантированного инсулинового насоса, металлического устройства фиксации шеи, и (или) позвоночника, несъемного слухового аппарата, ушного протеза, любого типа внутрисосудистых фильтров, сеток и т.д., протеза сердечного клапана, протеза орбиты/глаза, искусственного хрусталика, любого типа хирургического клипа (скобки), порта доступа к сосудам, внутрижелудочкового шунта, любого имплантированного ортопедического объекта из магнитного металла, пирсинга, косметологических золотых нитей. Подтверждаю, что у меня/у пациента, законным представителем которого я являюсь, противопоказаний к исследованию на магнитно-резонансном томографе нет. _____/_____
8. В процессе проведения мне магнитно-резонансной томографии я предоставляю право медицинским работникам ООО «КСД» передавать мои персональные данные, а именно ФИО и дату рождения, а также сведения, составляющие врачебную тайну (анамнез), медицинским работникам сторонних организаций, оказывающих ООО «КСД» услуги по удаленному описанию МР-исследований, необходимые мне в интересах моего обследования _____/_____
9. 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. Я сообщил (а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.
10. Я ознакомлен (а) и согласен (а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое информированное согласие на проведение исследований на магнитно-резонансном томографе.
11. С ИНФОРМИРОВАННЫМ ДОБРОВОЛЬНЫМ СОГЛАСИЕМ Я ОЗНАКОМЛЕН ДО ПРОВЕДЕНИЯ ПРОЦЕДУРЫ.

(ФИО полностью)

Подпись _____

Дата _____

Согласие на получение информации по каналам связи (СМС рассылка/e-mail рассылка)

Согласие на получение информации по каналам связи:

<input type="checkbox"/>	Я хочу получать информацию о результатах моего медицинского обследования, проведенного в ООО «КСД» на электронную почту: _____	<input type="checkbox"/>	Я не хочу получать информацию о результатах моего медицинского обследования, проведенного в ООО «КСД» на электронную почту
<input type="checkbox"/>	Я хочу получать информацию об услугах ООО «КСД», о действующих спецпредложениях и акциях и другую информацию в виде смс-сообщений на указанный выше номер мобильного телефона	<input type="checkbox"/>	Я не хочу получать информацию об услугах ООО «КСД», о действующих спецпредложениях и акциях и другую информацию в виде смс-сообщений на указанный выше номер мобильного телефона

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.

Я подтверждаю, что все указанные данные верны, подтверждаю, что указанный выше номер является моим номером телефона, подтверждаю, что указанный выше адрес электронной почты является тем адресом, на который я хочу получать информацию о результатах моего обследования.

ФИО (полностью) _____

Подпись _____ Дата _____