

Согласие на обработку персональных данных

Я, нижеподписавшийся (ая ся)

(гр.) Ф.И.О. :

Дата рождения:

Паспорт:

Дата выдачи:

Тел.:

Проживает:

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя) даю в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.06 г "О персональных данных" №152-ФЗ и статьи 61 "Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан" от 22.-7.1993г. №5487-1/, подтверждаю свое согласие на обработку Индивидуальному предпринимателю "Леванчук Н.А" (ОГРН ИП 319100100024921, адрес: Р.Карелия, г. Петрозаводск, ул. Станционная, д. 30), (далее - Оператор) моих персональных данных, персональных данных представляемого мной включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты паспорта (документа удостоверения личности), реквизиты полиса ДМС, место работы, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью и другую информацию - в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг по договору, осуществление иных, связанных с этим мероприятий, а также в целях организации внутреннего учета Оператора, при условии сохранения врачебной тайны. В процессе оказания Оператором мне (представляемому мной лицу) медицинских услуг я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные (персональные данные представляемого мной лица), в том числе составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора в интересах моего обследования, лечения и внутреннего учета Оператора. Настоящее согласие действует бессрочно.

Я даю разрешение на проведение любых лечебно-диагностических вмешательств, которые будут необходимы для постановки верного диагноза.

Я даю разрешение проводить необходимые лечебные мероприятия и использовать любого врача или ассистента, участие которого в моем лечении будет необходимо для достижения лучшего результата.

Я разрешаю сообщать информацию, полученную от меня и связанную с моим состоянием здоровья третьим лицам, оплачивающим мое лечение, близким родственникам и персоналу клиники Исполнителя.

Я ознакомлен с прейскурантом и понимаю, что я ответственен за необходимость оплаты услуг, оказанных мне Оператором.

Подпись пациента _____ (Ф.И.О.):

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, нижеподписавшийся (ая ся)

(гр.) Ф.И.О.:

Дата рождения:

Паспорт:

Дата выдачи:

Тел.:

Проживает:

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя, 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. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее – Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в (полное наименование медицинской организации) **Медицинским работником** Леванчук Н.А. (должность, Ф.И.О. 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 ноября 2011 г. № 323-ФЗ “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации” (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446). Сведения о выбранных мною лицах, которым 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) Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

Подпись пациента _____ **(Ф.И.О.):**

Подпись (медицинского работника) _____ Ф.И.О. Леванчук Н.А.

Дата: