

## Информированное добровольное согласие потребителя (заказчика) на оказание платных медицинских и сопутствующих услуг

Я, в рамках Договора об оказании платных услуг № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ г. (далее по тексту Договор), заключенного между Государственным бюджетным учреждением здравоохранения Московской области «Московской областной больницей им. проф. Розанова В.Н.» (далее ГБУЗ МО «МОБ им. Проф. Розанова В.Н.») и потребителем/заказчиком (нужное подчеркнуть), желаю получить для потребителя платные медицинские и сопутствующие услуги в ГБУЗ МО «МОБ им. Проф. Розанова В.Н.», на основании ст. 20, ст.79 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ и в соответствии с требованиями «Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 04.10.2012 № 1006. При этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

1. Я получил/получила от сотрудника ГБУЗ МО «МОБ им. Проф. Розанова В.Н.» полную информацию о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, а также об альтернативных методах лечения.
2. Мне разъяснено, что я (представляемый мною) могу получить как один из видов платных медицинских услуг, так и несколько видов услуг, в том числе сопутствующих.
3. Я получил(а) информацию о других сопоставимых по медицинской эффективности методах лечения и возможности получения медицинской помощи.
4. Виды выбранных мною медицинских и сопутствующих услуг согласованы с лечащим врачом (специалистом), и я даю свое согласие на их проведение мне (представляемому лицу).
5. Я ознакомлен(а) с перечнем и стоимостью медицинских услуг в действующем Прейскуранте, с порядком оплаты, и даю свое согласие на оказание мне (представляемому лицу) платных медицинских услуг и готов/готова их оплатить.
6. Я выражаю добровольность в получении платных медицинских и сопутствующих услуг в ГБУЗ МО «МОБ им. Проф. Розанова В.Н.».
7. Я проинформирован(а), что платные медицинские услуги не гарантируют внеочередного получения услуги.
8. Мне, согласно моей воле, даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания (заболевания представляемого), об особенностях течения заболевания, о длительности лечения, об исходах лечения, о прогнозе заболевания, об обстоятельствах, ухудшающих прогноз заболевания, о предложенном плане лечения.
9. — Я проинформирован(а), что по поводу имеющегося у меня (у представляемого) заболевания могу получить медицинскую помощь в других лечебных учреждениях, и подтверждаю свое согласие на получение указанной медицинской услуги именно в ГБУЗ МО «ПРБ им. проф. Розанова В.Н.».
10. Я информирован/информирована о целях и методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи. Мне была предоставлена возможность задать вопросы о степени риска медицинского вмешательства и врач дал мне понятные, исчерпывающие ответы. Я информирован/информирована о 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.
11. Я извещен/извещена 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.
12. Я предупрежден/предупреждена 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.
13. Я уведомлен/уведомлена о необходимости поставить 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 уведомлен (уведомлена) о необходимости сообщить правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.
14. Мне разъяснено, и я осознаю, что проводимое мне лечение не гарантирует 100% результата и, что при проведении медицинского вмешательства, операции (манипуляции) и после нее, как в ближайшем, так и в отдаленном периоде, возможны различные осложнения.
15. Я согласен/согласна с тем, что используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятности возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, ГБУЗ МО «МОБ им. Проф. Розанова В.Н.» не несет ответственности за их возникновение.
16. Я информирован/информирована о правилах внутреннего распорядка для больных и требованиях лечебно - охранительного режима и обязуюсь их соблюдать.
17. До заключения Договора я был/была уведомлен/уведомлена о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской помощи, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на моём состоянии здоровья. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен(на) исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей Больницы.
18. Я удостоверяю, что текст моего добровольного информированного согласия на оказание платных медицинских и сопутствующих услуг мною прочитан лично, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют.

Потребитель(заказчик) \_\_\_\_\_ - Ф.И.О. полностью подпись

Медицинский работник \_\_\_\_\_ Ф.И.О. полностью подпись

Дата: . .

**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) . . . г. рождения, зарегистрированный по адресу:

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств для меня/пациента ф.и.о.пациента: \_\_\_\_\_, 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 Государственном бюджетном учреждении здравоохранения Московской области «Московская областная больница им. проф. Розанова В.Н.», Медицинским работником (ф.и.о мед. работника : \_\_\_\_\_ должность мед. 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) Ф. И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

подпись) Ф.И. О. медицинского работника)

. . г.

**Отказ от видов 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**

Я

(Ф. И. О. гражданина) . . . г. рождения, зарегистрированный по адресу:

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

при оказании мне/пациенту ф.и.о. пациента: \_\_\_\_\_ первичной медико-санитарной помощи в Государственном бюджетном учреждении здравоохранения Московской области «Московская областная больница им. проф. Розанова В.Н.», отказываюсь от следующих видов 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 Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012г. № 24082) (далее — виды медицинских вмешательств): \_\_\_\_\_

(наименование вида медицинского вмешательства)

Медицинским работником

(Ф. И. О. медицинского работника)

(должность медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены возможные последствия отказа от вышеуказанных видов медицинских вмешательств, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния). Мне разъяснено, что при возникновении необходимости в осуществлении одного или нескольких видов медицинских вмешательств, в отношении которых оформлен настоящий отказ, я имею право оформить информированное добровольное согласие на такой вид (такие виды) медицинского вмешательства.

\_\_\_\_\_  
(подпись) Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

\_\_\_\_\_  
(подпись) (Ф.И. О. медицинского работника)

. . г.

## ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ И СВЕДЕНИЙ, ОТНЕСЕННЫХ К ВРАЧЕБНОЙ ТАЙНЕ, ПРИ ОКАЗАНИИ ПЛАТНЫХ УСЛУГ

Я, гражданин (-ка) паспорт гражданина (страна) серия номер дата выдачи , действующего в своих интересах (интересах пациента ) (нужное подчеркнуть и вписать) в соответствии Федеральным законом от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» своей волей и в своем интересе настоящим подтверждаю свое согласие (согласие представляемого мною лица) (нужное подчеркнуть) на обработку моих персональных данных (персональных данных пациента) (нужное подчеркнуть) Оператором -ГБУЗ МО «МОБ им. Проф. Розанова В.Н.», адрес места нахождения юридического лица: 141200, Московская область, г. Пушкино, ул. Авиационная, д. 35, лицензия на осуществление медицинской деятельности ЛО-041-01162-50/00574737 от 29.10.2020, выданная Управлением лицензирования медицинской и фармацевтической деятельности Министерства здравоохранения Московской области, расположенным по адресу: 123592, г. Москва, ул. Кулакова, д. 20, корп. 1, тел. 8-498-602-04-20; ОГРН 025004914967, зарегистрированное Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы №3 по Московской области, расположенной по адресу: Московская область, г. Пушкино, Московский пр-т, дом 42, тел. 8-800-222-22-22.

Я подтверждаю свое согласие с тем, что обработка моих персональных данных (персональных данных представляемого лица) и сведений, отнесенных к врачебной тайне, осуществляется в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских услуг, ведения учета и систематизации оказанных услуг, в целях исполнения условий Договора на предоставление платных услуг.

Я ознакомлен с тем, что обработка персональных данных (в том числе в информационных системах Оператора), относящихся к состоянию здоровья, необходима для защиты моей жизни (жизни представляемого мною лица), здоровья или иных жизненно важных интересов либо жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов других лиц.

Я даю согласие на обработку следующих персональных данных: Ф.И.О., пол и дата рождения, адрес места жительства, биометрические данные, данные паспорта, семейное положение, состав семьи, социальное положение, образование, профессия, место работы, контактный(е) телефон(ы), реквизиты полиса ОМС, реквизиты полиса ДМС, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью — в медико- профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, а также в целях улучшения качества обслуживания.

Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие, общее описание используемых Оператором способов обработки: 1) получение, ввод, сбор, систематизация, накопление персональных данных Оператором, а также у третьих лиц; 2) хранение, удаление персональных данных (в электронном виде и на бумажном носителе); 3) уточнение (обновление, изменение) персональных данных; 4) использование персональных данных Пациента в связи с оказываемыми услугами; 5) передача персональных данных субъекта (Пациента) в порядке, предусмотренном законодательством РФ, по внутренней сети ГБУЗ МО «МОБ им. проф. Розанова В.Н.», а также по защищенным каналам связи (на машинных носителях) в иные организации и/или лицу, осуществляющие обработку персональных данных по поручению Оператора, если обработка будет поручена такому лицу; 6) блокирование; 7) уничтожение.

Оператор также вправе обрабатывать персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов).

Я даю согласие на обработку моих персональных данных (персональных данных представляемого мною лица) в течение всего срока действия Договора, заключенного с Оператором, а по его истечении - в течение срока, установленного законодательством.

Я уведомлен о том, что я вправе в любое время отозвать свое согласие на обработку персональных данных путем подачи письменного заявления Оператору, а также получить доступ к персональным данным при личном обращении либо при получении письменного запроса.

Я подтверждаю ознакомление со следующими правами: 1) на получение сведений об Операторе, о месте его нахождения, о наличии у Оператора персональных данных, относящихся к соответствующему субъекту персональных данных, а также на ознакомление с такими персональными данными; 2) требовать от Оператора уточнения своих персональных данных, их блокирования или уничтожения в случае, если персональные данные являются неполными, устаревшими, недостоверными, незаконно полученными или не являются необходимыми для заявленной цели обработки, а также принимать предусмотренные законом меры по защите своих прав; 3) на получение при обращении или при получении запроса информации, касающейся обработки 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) (Ф. И. О. гражданина или законного представителя гражданина)

\_\_\_\_\_ . . (дата оформления)