

Генеральному директору  
ООО «ЛДЦ «Семейная клиника «МЕДА»  
Г.А. Маслову

**ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ  
«ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР «СЕМЕЙНАЯ КЛИНИКА «МЕДА»**

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА  
НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО**

Я, \_\_\_\_\_, (Ф.И.О.)  
\_\_\_\_\_ года рождения, проживающий (ая) по адресу: \_\_\_\_\_,

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

Я, \_\_\_\_\_,  
Паспорт: № \_\_\_\_\_, выдан: \_\_\_\_\_,  
Являюсь \_\_\_\_\_ законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель)  
\_\_\_\_\_ года рождения  
Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина (полностью)

1. \_\_\_\_\_ на основании статьи 20 Федерального закона №323-ФЗ от 21.11.2011г. «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»,  
**даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство:**

2. В соответствии с Приказом МЗСР РФ от 23.04.2012 г. N 390н я также даю согласие на проведение, при необходимости, следующих вмешательств: 1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза. 2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия. 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, электроэнцефалография. 11. Рентгенологические методы обследования, в том числе магнитно-резонансные исследования, ультразвуковые исследования, дуплексные исследования. 12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно. 13. Медицинский массаж. 14. Лечебная физкультура.

3. Я поставлен(а) в известность о состоянии своего здоровья (здоровья представляемого), наличия заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения и связанном с ними риске.

4. Я в полной мере проинформирован(а) о целях, методах, возможном риске, вариантах, последствиях, ожидаемых результатах данного медицинского вмешательства, наличии альтернативных методов лечения. Подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов.

5. Я добровольно **соглашаюсь на медицинское вмешательство** и доверяю врачу принимать необходимые решения и выполнять любые медицинские действия в ходе лечения с целью достижения наилучшего результата и улучшения моего состояния.

6. Я проинформирован об осложнениях, возможных после применения данного медицинского вмешательства и не являющихся дефектами оказания медицинской услуги, а именно: *слабость, головокружение, головные боли, повышение АД, рецидив или временное усиление боли, раздражение, зуд, отечность и гиперемия контактных участков кожи, локальное повышение температуры, локальные болевые ощущения, аллергическая реакция, инфильтрат, гематома* (нужное подчеркнуть), другое: \_\_\_\_\_

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

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

9. Я поставил(а) в известность врача обо всех проблемах, связанных с моим здоровьем (здоровьем представляемого), 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 согласен(а) на применение всех необходимых по моему состоянию здоровья (состояния здоровья представляемого) лекарственных препаратов (в т.ч. для анестезии, лечебных блокад, внутривенных инфузий, физиотерапевтического лечения и т.п.), за исключением: \_\_\_\_\_

11. Я осведомлен(а) о возможности получить данную медицинскую услугу в рамках Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (ОМС).

12. Я осведомлен(а) том, что в целях обеспечения безопасности на территории медицинского центра ведется видеонаблюдение.

13. Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы. Мне в доступной форме даны исчерпывающие ответы на все заданные мной вопросы. Я ознакомлен(а) и согласен(а) со всеми пунктами настоящего документа. Мне разъяснено, что представление лечащему врачу неполной или недостоверной информации может иметь негативные последствия для моего здоровья.

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Подпись /расшифровка/ пациента или законного представителя

Расписался в моем присутствии:  
Врач \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Подпись врача /расшифровка/

14. Подтверждаю свое информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство в соответствии с п. 1:

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_; «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_; «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_; «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_; «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_; «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_; «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_

Генеральному директору  
ООО «ЛДЦ «Семейная клиника «МЕДА»  
Г.А. Маслову

## Согласие на обработку персональных данных

Настоящим, во исполнение требований Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных»,

Я, \_\_\_\_\_, Дата рождения: \_\_\_\_\_

Паспорт: \_\_\_\_\_ Кем и когда выдан \_\_\_\_\_

**Этот раздел бланка заполняется только для лиц, не достигших возраста 18 лет или недееспособных граждан:**

Я, являясь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель)

г.р.

Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина (полностью)

даю согласие ООО «ЛДЦ «Семейная клиника «МЕДА» ОГРН 1157847456018 (далее - «Оператор»), адрес местонахождения: 196601, Санкт-Петербург, Пушкин, ул. Архитектора Данини, 11/6, помещение 25-Н, 23-Н

на сбор и обработку моих персональных данных (персональных данных представляемого) включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения (возраст); адрес места жительства и регистрации; серию и номер основного документа, удостоверяющего личность, сведения о выдаче указанного документа и выдавшем его органе, гражданство; контактный(е) телефон(ы), адрес электронной почты; реквизиты полиса ДМС/ОМС; страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС); место работы, тип занятости, должность; данные о состоянии моего здоровья, в том числе биометрические персональные данные, данные о заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью — в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну; в целях отражения информации в медицинской документации. В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные (персональные данные представляемого), содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего обследования и лечения;

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными (данными представляемого), 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/ОМС. Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по договору ДМС/ОМС на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховыми медицинскими организациями, территориальным фондом ОМС и иными медицинскими организациями с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляется лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Осведомлен(а) о том, что в целях обеспечения безопасности на территории медицинского центра ведется видеонаблюдение.

**Согласен(-а) / не согласен(-а)** получать информацию о своем состоянии здоровья, результатах медицинских вмешательств, прогнозе для здоровья и жизни.

Даю свое **согласие на передачу конфиденциальной информации о себе**, моем состоянии здоровья, результатах медицинских вмешательств, прогнозе для здоровья и жизни следующим лицам: \_\_\_\_\_

**Согласен(-а) / не согласен(-а)** получать информационную рассылку об услугах Оператора по телефону \_\_\_\_\_, по электронной почте \_\_\_\_\_.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве согласия на информационную рассылку, Оператор обязан прекратить рассылку со дня получения такого отказа.

**Настоящее согласие дано мной «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. и действует бессрочно.**

Срок хранения моих персональных данных составляет двадцать лет.

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 моего отзыва согласия на обработку моих персональных данных, Оператор вправе продолжить обработку персональных данных без моего согласия, если это необходимо для целей исполнения заключенного ранее договора, а так же в случаях, предусмотренных действующим законодательством.

Контактный телефон \_\_\_\_\_

Почтовый адрес \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. полностью, подпись)