

Утвержден приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от «12» ноября 2021 г. № 1051 н

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)

ЧЧ.ММ.ГГГГ, зарегистрированный по адресу:

(дата рождения гражданина либо законного представителя)

(адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

проживающий по адресу:

(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении

(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)

«_____» _____ г. рождения, проживающего по адресу:

(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

(в случае проживания не по месту жительства 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 года № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 года, регистрационный и № 24082) (далее – виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в ООО «СтомЦентр Первый»

Врачом – стоматологом

(фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ним 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».

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (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), в том числе после смерти:

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, контактный телефон)

(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

ЧЧ.ММ.ГГГГ
(дата оформления)

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, нижеподписавшийся,
проживающий по адресу (по месту регистрации)

в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.06 г. «О персональных данных» № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку ООО «СтомЦентр Первый», ИНН 3808225699, ОГРН 1123850036309, 664003, Иркутская область, г. Иркутск, ул. Красного Восстания, 9 (название и адрес медицинского учреждения) (далее - Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, фотографические изображения моего лица и зубного ряда, реквизиты полиса ОМС (ДМС), информацию, содержащуюся в документе, подтверждающем регистрацию в системе индивидуального (персонифицированного) учета, данные о состоянии моего здоровья, 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 медицинскую тайну. В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи, я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, 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, 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 ОМС (ДМС). Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (по договору ДМС) на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховой медицинской организацией и территориальным фондом ОМС 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 осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну. Подписывая настоящий документ, я даю согласие на открытую видеосъемку и аудиозапись, в целях обеспечения прав пациентов, при оказании медицинских услуг, путем установки записывающих видеокамер, направленных на рабочие места медицинских работников, с целью осуществления контроля качества медицинских услуг. Подписывая настоящий документ, я даю согласие на фотографирование своего лица и зубного ряда в медико-профилактических целях. Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет. Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Целью обработки персональных данных субъектов персональных данных ООО «СтомЦентр Первый» являются: сбор, запись, систематизация, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передача (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных, оказание медицинских услуг, исполнения обязательств ООО «СтомЦентр Первый» перед пациентом по договору с ним; связь с пациентом в случае необходимости, в соответствии с действующим законодательством РФ.

Настоящее согласие дано мной ЧЧ.ММ.ГГГГ и действует 25 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 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(ы) +7 () ФАМИЛИЯ (подпись субъекта персональных данных)

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ на проведение медицинского рентгенологического обследования

Настоящее добровольное соглашение составлено в соответствии со статьей 20 З23-ФЗ «Об основах
охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011 года.

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество пациента)

до проведения рентгенографического обследования получил(а) от медицинских работников и врача интересующую меня информацию о предстоящей процедуре с тем, чтобы я мог(ла) либо отказаться от него, либо дать согласие на ее проведение. Я информирован(а) о характере рентгенологического исследования, целях, методике его проведения и возможных ощущениях во время процедуры. Мне разъяснили, что современное диагностическое оборудование для проведения рентгенографического исследования зубочелюстной системы позволяет проводить более одного рентгеновского снимка в процессе стоматологического лечения без негативных последствий для организма. Мне разъяснено, что альтернативным и наиболее информативным способом рентгенологического исследования зубочелюстной системы является компьютерная томография. Я даю свое согласие на проведение необходимого количества рентгенологических снимков для достижения успешного результата стоматологического лечения. Количество рентгеновских снимков связано с диагнозом и методом лечения стоматологического заболевания и зависит от анатомических особенностей моего организма. Мне сообщено, что не проводится рентгенологическое исследование в следующих случаях: беременность (только по жизненным показаниям); отягощенный анамнез (пребывание в зонах радиоактивных катастроф, проведения курса лучевой терапии -менее чем за шесть месяцев до настоящего времени); выполнение других рентгенологических обследований, связанных с большой лучевой нагрузкой; работа связанная с использованием источников ионизирующих излучений; назначение рентгенологических исследований детям до 14 лет осуществляется врачом по показаниям и проводится с согласия и в присутствии родителей (законных представителей). Я подтверждаю, что прочитал(а) и понял(а) всё вышеизложенное, имел(а) возможность обсудить с врачом все интересующие и непонятные мне вопросы, связанные с проведением данной процедуры. На все заданные вопросы я получил(а) ответы, невыясненных вопросов не имею. Этот документ свидетельствует о том, что мне сообщена вся необходимая информация о предстоящем обследовании и что я согласен (согласна) с условиями его проведения. Мое решение о проведении рентгенологического исследования является добровольным.

Пациент ЧЧ.ММ.ГГГГ
Врач ЧЧ.ММ.ГГГГ