

## Расписка

### (информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство при оказании платных медицинских услуг, согласие на обработку персональных данных)

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

«\_\_» \_\_\_\_\_ г. рождения, 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 согласия 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 г. № 390н, для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (**нужное зачеркнуть**) в обществе с ограниченной ответственностью «Надежда»:

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщины), 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, рэоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных).
11. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования.
12. **Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно.**
13. Медицинский массаж.
14. Лечебная физкультура.

Медицинским работником \_\_\_\_\_  
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

15. \_\_\_\_\_;

16. \_\_\_\_\_;

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».

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)

Я предупрежден о последствиях использования некачественных медицинских препаратов и лекарственных средств; клиника не несет ответственность за правильность и своевременность медицинских препаратов и лекарственных средств, назначенных сторонней медицинской организацией.

В случае отсутствия направления на процедуру перед ее началом необходимо проконсультироваться с врачом и пройти диагностическое обследование для предотвращения последствий. Обращаем Ваше внимание, что процедуры рефлексотерапии с электростимуляцией носят профилактический характер для повышения иммунитета и общего состояния организма, назначаются в дополнение к основному курсу лечения.

(нужное подчеркнуть и/или указать ниже иные методы (заполняется лечащим врачом))

Я лично прошу предоставить мне возможность получения результатов лабораторных исследований посредством **электронной почты**. Прошу направлять указанные результаты лабораторных исследований на следующий адрес **электронной почты**:

---

О связанных с использованием электронной почты рисках разглашения персональных данных и информации, составляющей врачебную тайну и тайну частной жизни, в том числе о возможности доступа третьих лиц к предоставляемой информации в процессе и/или в результате направления результатов лабораторных исследований посредством электронной почты, предупрежден(а). Клиника не несет ответственности за разглашение персональных данных и конфиденциальной информации в результате направления результатов лабораторных исследований посредством электронной почты по указанному мною адресу.

В целях оказания платных медицинских услуг, руководствуясь ст. ст. 9,10 Федерального закона от 27.07.2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных», **даю согласие (не даю согласие)** ООО «Надежда», далее «Оператор» на обработку моих персональных данных (персональных Данных потребителя), в целях оказания мне медицинских услуг на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку моих персональных данных, а именно на сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных, а именно: фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения, адрес места жительства, телефон, место работы, данные паспорта (или иного документа удостоверяющего личность), данные полиса ОМС (или ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС), сведения о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, сведения о диагностических мероприятиях, назначенном и проведенном лечении, данных рекомендациях на следующий срок: **пять лет**.

В процессе оказания Исполнителем мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Исполнителя, в интересах моего обследования и лечения.

Исполнитель 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 по договорам на оказание ПМУ.

В соответствии с п. п. 3, 4 ч. 2 ст. 10 Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ «О персональных данных» оператор имеет право на обработку персональных данных, если она: необходима для защиты жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов субъекта персональных данных либо жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов других лиц и получение согласия субъекта персональных данных невозможно; осуществляется в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг при условии, что обработка персональных данных осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие полностью или частично по моей инициативе на основании личного письменного заявления, не менее чем за 3 рабочих дня до даты отзыва согласия, которое может быть направлено мной в адрес Исполнителя по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Исполнителя.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Исполнитель обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Я ознакомлен(а) в доступной форме с информацией 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.

**Я подтверждаю своей подписью, что прочитал(а) вышеизложенную информацию, она мне понятна и доступна, я даю добровольное информированное согласие на проведение осмотра, обследования и/или лечения согласно намеченному плану.**

Подтверждаю, что до подписания настоящего согласия я ознакомился с Положением о защите персональных данных пациентов ООО «Надежда» на сайте и на информационном стенде учреждения.

Условием прекращения обработки ПД является получение ООО «Надежда» моего письменного уведомления об отзыве Согласия на обработку моих ПД.

Настоящее Согласие вступает в силу со дня его подписания.

(подпись)

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

(подпись)

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

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.  
(дата оформления)

Я предупрежден(а) о возможном появлении после проведения лабораторных исследований (забор крови и т.д.), введения лекарственных препаратов (внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутривожно) допустимого процесса осложнений - гематома, синяк, раздражение и т.д.

Обязуюсь выполнять все рекомендации лечащего врача, сделанные в соответствии с намеченным планом обследования и/или лечения.

Мне известно, что при несоблюдении мною лечебных предписаний, рекомендаций, назначенного режима лечения, правил внутреннего распорядка настоящего лечебного учреждения возможно снижение качества предоставляемой медицинской услуги, которое повлечет невозможность завершения лечения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья, лечащий врач вправе отказаться от дальнейшего моего лечения.

Я ознакомлен(а) в доступной форме с информацией 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.

**Я подтверждаю своей подписью, что прочитал(а) вышеизложенную информацию, она мне понятна и доступна, я даю добровольное информированное согласие на проведение осмотра, обследования и/или лечения согласно намеченному плану.**

Согласен на получение сообщений посредством SMS-сообщений, сообщений в мессенджерах, мобильных приложениях, социальных сетях

Подпись пациента \_\_\_\_\_ « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Подпись и личная печать лечащего врача \_\_\_\_\_