

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство при оказании первичной медико-санитарной помощи и санаторно-курортном лечении

На основании статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-03 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

я, нижеподписавшийся(аяся) _____
фамилия, имя, отчество пациента полностью
 _____ года рождения, проживающий (ая) по адресу: _____

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан
 Я, _____

год рождения _____ Паспорт _____ выдан _____
 являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица,
 признанного недееспособным: _____

ф., и., о. ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год рождения
 согласен (согласно) на проведение медицинского вмешательства мне (представляемому) осмотр
 врачей специалистов, врачебные манипуляции, в том числе процедуры и исследования
 оториноларинголога, гинекологические исследования и процедуры, урологические исследования и
 процедуры. Лабораторную диагностику, в том числе взятие крови из периферической вены, взятие
 крови из пальца, клинические, биохимические иммуноферментные анализы. Функциональные
 методы обследования. Ультразвуковые исследования. Введение лекарственных препаратов,
 углекислого газа и озонкислородной смеси, в том числе внутримышечно внутривенно, подкожно,
 внутрикжно. Физиотерапевтические процедуры, в том числе аппаратную физиотерапию,
 гидротерапию, грязевые аппликации, ингаляции. Медицинский массаж. Лечебную физкультуру и
 информирован(а) _____

должность, и. о. фамилия

о целях, характере, технологии, предстоящего медицинского вмешательства, а также о возможных
 осложнениях во время и после медицинского вмешательства.

Я поставил(а) в известность исполнителя 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, о имеющихся хронических заболеваниях. Я сообщил(а) правдивые
 сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических
 средств.

Я обязуюсь после проведения медицинского вмешательства мне (представляемому) точно
 выполнять все предписания исполнителя: давать полную информацию о своих жалобах (жалобах
 представляемого), всех переменах в состоянии здоровья, соблюдать все рекомендации по
 дальнейшему лечению, питанию, режиму, обследованию.

Я информирован(а) о возможности получения мною бесплатной медицинской помощи в рамках
 программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и
 территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам
 медицинской помощи. Я информирован(а), что АО «Санаторий «Автотранспортник» не участвует в
 программе государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи.

Подпись пациента/законного представителя _____
 Расписался в моем присутствии _____

подпись, должность исполнителя, и. о. фамилия

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 первично 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, 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 АО «Санаторий «Автотранспортник» медицинским работником _____

должность, ф., и. о. медицинского работника

в доступной для меня форме мне разъяснения цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, в том числе вероятность развития, 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 выбранных мною лицах, которым соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона 21 ноября 2011 N 323-ФЗ «об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация 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

« _____ » _____ 20__ г.

Согласие на обработку персональных данных

Я, нижеподписавшийся, _____
фамилия имя, отчество, адрес субъекта персональных данных

номер основного документа, удостоверяющего его личность, сведения о дате выдачи указанного документа

и выдавшем его органе, или при получении согласия представителя субъекта персональных данных

фамилия, имя, отчество, адрес представителя субъекта персональных данных, номер основного документа,

удостоверяющего его личность, сведения о дате выдачи указанного документа и выдавшем его органе,

реквизиты доверенности или иного документа, подтверждающего полномочия этого представителя

даю свое согласие организации АО «Санаторий «Автотранспортник» (юридический адрес: 352830, Краснодарский край, Туапсинский район, с. Агой, ул. Центральная, д.53, Российская Федерация) на обработку в документальной и/ли электронной форме нижеследующих персональных данных в медикопрофилактических целях, а также в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг: фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения, серия, номер и дата выдачи основного документа, удостоверяющего личность, адрес места регистрации по месту жительства, номер контактного телефона, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, для совершения с персональными данными следующих действий: сбор, систематизация, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение.

Срок действия согласия соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты). Настоящее согласие может быть отозвано мной в письменной форме.

Подпись объекта персональных данных _____

или представителя субъекта персональных данных _____ / _____

подпись

инициалы, фамилия

« _____ » _____ 20__ г.