

## СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ ООО «У ТРЕХ ПЕЩЕР»

Я, \_\_\_\_\_ (Ф.И.О. полностью)  
проживающий по адресу: \_\_\_\_\_  
Законный представитель \_\_\_\_\_ (Ф.И.О. ребенка полностью)  
Паспорт: серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ дата \_\_\_\_\_ телефон \_\_\_\_\_

в соответствии с требованиями Ст. 9 ФЗ от 27.07.06 г. "О персональных данных" № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку в ООО «У трех пещер», г. Каменск-Уральский, переулок Санаторный, д. 26 (далее – Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), 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 врачебную 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.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения медицинских документов.

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

Порядок отзыва согласия: по письменному заявлению.

Подпись пациента: \_\_\_\_\_

## ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО ООО «У ТРЕХ ПЕЩЕР»

Я, \_\_\_\_\_, « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г/р,  
(ФИО одного из родителей, опекуна, иного законного представителя)

Зарегистрированный, проживающий по адресу: \_\_\_\_\_

Даю добровольное согласие на проведение медицинских вмешательств моему ребенку  
\_\_\_\_\_ « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г/р,

(ФИО ребенка, от имени которого выступает законный представитель)

чьим законным представителем я являюсь, проживающим по адресу: \_\_\_\_\_  
(фактический адрес проживания ребенка)

В соответствии со статьей 20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 года № 323-ФЗ, даю информированное добровольное согласие на предложенные мне виды медицинских вмешательств в ООО «У трех пещер»:

**Опрос, выявление жалоб, сбор анамнеза. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация. Антропометрические исследования, спирометрия, динамометрия, термометрия, Тонометрия. Выполнение физиотерапевтических (ингаляций, электро-, тепло-, магнито-, лазеро-, гидро-, пелоид-, фото- терапии, бальнеотерапии, галотерапии) процедур, массажа. Проведение неотложной и скорой медицинской помощи.**

Я подтверждаю, что в доступной 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 моему ребенку.

Мне полностью ясно, что во время указанных процедур и после них могут развиваться осложнения, которые могут повлечь дополнительные вмешательства. Уполномочиваю врачей и медицинских сестер выполнить моему ребенку любую процедуру или дополнительные вмешательства, которые могут потребоваться в целях лечения, а также в связи с возникновением непредвиденных ситуаций.

Я подтверждаю, что имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы относительно предстоящих медицинских вмешательств, а также получил(а) все необходимые ответы и разъяснения.

Я осведомлен(а) о своих правах пациента, предоставленных мне в соответствии с ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 года № 323-ФЗ, Законом №2300-1 от 07.02.1992 г. «О защите прав потребителей».

Я ознакомлен(а) и согласен(а) со всеми пунктами настоящего информированного добровольного согласия, положения которого мне разъяснены, мною понятны. Я добровольно даю свое согласие на профилактическое наблюдение, обследование, лечение, моего ребенка в предложенном мне объеме.

• Я удостоверяю, что текст настоящего информированного согласия мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют.

Информированное добровольное согласие действительно на срок пребывания ребенка в ООО «У трех пещер»

с « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г. до « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г. (подпись) \_\_\_\_\_ (дата) \_\_\_\_\_