

Заявление Пациента

Ф.И.О. полностью _____ дата рождения _____
Фактический адрес проживания: _____
Адрес по месту постоянной регистрации: _____
(если совпадает с адресом проживания, не указывается)
Реквизиты документа, удостоверяющего личность (паспорт): серия _____ № _____, дата выдачи _____,
Наименование выдавшего органа: _____
Контактный телефон: _____ Адрес электронной почты: _____

1) СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

1.1. В соответствии с требованиями ст. 9 федерального закона от 27.07.06 г. "О персональных данных" № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку уполномоченными сотрудниками Обществу с ограниченной ответственностью «Медицинский центр Атлас», расположенное по адресу: г. Москва, Кутузовский просп., д. 34, стр. 14 (далее – «Клиника») моих персональных данных, а именно: фамилию, имя, отчество, пол, место рождения, дату рождения, гражданство, место и дата регистрации, место жительства, адрес проживания, данные (реквизиты) документа, удостоверяющего личность (паспорта), адрес электронной почты, контактный телефон, реквизиты полиса ДМС (при наличии), СНИЛС, данные о состоянии моего здоровья (включая, в том числе, но не исключительно, анамнез, диагноз), случаях обращения за медицинской помощью, перечень, срок и объем оказанной медицинской помощи и иные персональные данные, обрабатываемые в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, а также в целях осуществления учета и контроля в системе обязательного и добровольного медицинского страхования, проведения контроля качества и безопасности медицинских услуг (далее – «Персональные данные»). Предоставляю Клинике право направлять мне информационные сообщения по вопросам, связанным с оказанием медицинских услуг, в том числе, но не исключительно, о подтверждении, отмене, изменении даты и времени записи на прием к врачу, о готовности результатов исследований и анализов. Предоставляю Клинике право осуществлять все действия (операции) с моими Персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Клиника вправе обрабатывать мои Персональные Данные посредством внесения их в электронную базу данных. Срок хранения моих Персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов. В процессе оказания Клиникой мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои Персональные данные другим должностным лицам Клиники, осуществляющим хозяйственную деятельность Клиники и третьим лицам, уполномоченным Клиникой на обработку персональных данных в связи с технической необходимостью обработки в базах данных Клиники при обязательном соблюдении условий о конфиденциальности обрабатываемых данных, Заказчику медицинских услуг, по договору с которым мне будут оказаны медицинские услуги.

1.2. Настоящее согласие действует бессрочно. Я понимаю, что я имею право отозвать свое согласие на обработку Персональных данных посредством передачи Клинике под расписку соответствующего письменного заявления на бумажном носителе. Если заявление направляется по почте или передается Клинике через иное лицо, то подлинность подписи на нем должна быть нотариально засвидетельствована.

1.3. Я согласен(а) на проведение видеонаблюдения в Клинике и на ее территории. Я согласен(а) с тем, что материалы, полученные (и зафиксированные) при помощи видеокамер о состоянии моего здоровья, диагнозе и иные сведения, полученные при медицинском обследовании и лечении, а также в ходе консультаций врачей, могут быть использованы сотрудниками Клиники для исполнения своих должностных и трудовых обязанностей. Я подтверждаю, что проведение видеонаблюдения и фиксация данных не нарушает моего права на частную жизнь.

1.4. Я уполномочиваю указанное ниже лицо (представителя) получать у Клиники конфиденциальную информацию в отношении меня, ставшую известной Клинике в ходе оказания мне медицинских услуг, в том числе сведения, составляющие врачебную тайну. Указанная конфиденциальная информация может быть предоставлена вышеуказанному лицу при условии предоставления им документа, удостоверяющего личность. Я обязуюсь уведомить указанное лицо о передаче его персональных данных Клинике. Клиника прекращает обработку персональных данных представителя на основании его обращения.

Заявление Пациента

Назначить представителя: ДА___ НЕТ___

Данные Представителя:

Ф.И.О. полностью_____ дата рождения_____

Фактический адрес проживания:_____

Адрес по месту постоянной регистрации:_____

(если совпадает с адресом проживания, не указывается)

Реквизиты документа, удостоверяющего личность (паспорт): серия_____№_____, дата выдачи_____

Наименование выдавшего органа:_____

Контактный телефон:_____ Адрес электронной почты:_____

ФИО

Место для подписи

2) ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

2.1. В соответствии со ст. 20 Федерального закона № 323-ФЗ от 21.11.2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» даю добровольное согласие на проведение в случае необходимости **следующих диагностических и лечебных процедур и манипуляций:**

- медицинская консультация, а именно опрос, выявление жалоб, сбор анамнеза, осмотр врача (в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование, консультация врача (дежурного, лечащего, врача-специалиста и т.д.)
- анализы крови, мочи, кала и других сред (общеклинические, биохимические, бактериологические, иммунологические и т.д.);
- антропометрические исследования, термометрия, тонометрия;
- неинвазивные исследования органов зрения и зрительных функций, органов слуха и слуховых функций;
- исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы);
- функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, реоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных);
- рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования;
- медицинский массаж, лечебная физкультура;
- все виды эндоскопических исследований; все виды лучевой диагностики; инвазивные диагностические манипуляции.
- пероральный прием лекарственных препаратов, ректальное введение лекарственных препаратов;
- парентеральное введение лекарственных препаратов (подкожные, внутримышечные и внутривенные инъекции, внутривенные вливания, ингаляции и т.д.); физиотерапевтические процедуры; зондовое промывание желудка, очистительные и сифонные клизмы и т.д.;
- наложение повязок различного рода.

2.2. Я даю добровольное согласие на проведение в случае необходимости **оперативного вмешательства** при условии дополнительного информирования об этом.

2.3. За исключением случаев, когда имеется непосредственная угроза моему здоровью, мне **не должны выполняться** следующие диагностические и лечебные манипуляции:_____ (указать, если применимо)

2.4. В случае возникновения во время обследования и лечения (в том числе в ходе операции) непредвиденных осложнений, угрожающих моему здоровью, я даю согласие на изменение характера лечения (в том числе объема оперативного вмешательства), проведение срочных диагностических, лечебных и организационных мероприятий, направленных на немедленное устранение всех болезненных состояний независимо от степени их тяжести и угрозы жизни, предусмотренные утверждёнными стандартами оказания медицинской помощи, действующими на территории Российской Федерации.

Мне будут в доступной форме разъяснены альтернативные методы обследования и лечения, а также возможные последствия моего отказа от обследования и лечения.

Я знаю, что в моих интересах сообщить медицинскому работнику обо всех имеющихся у меня и известных мне проблемах со здоровьем, аллергических реакциях и индивидуальной непереносимости лекарств, о наличии у меня в

ФИО

Место для подписи

Заявление Пациента

прошлом или в настоящее время инфекционного гепатита, туберкулеза, венерических заболеваний (в том числе сифилиса и ВИЧ-инфекции), а также о злоупотреблении алкоголем и/или пристрастии к наркотическим препаратам. Я осведомлен(а), что нарушение врачебных рекомендаций и показаний, а также сокрытие информации о состоянии моего здоровья может способствовать развитию/возникновению местных и/или общих осложнений, а также снижает качество оказанных услуг.

Я понимаю, что медицинским персоналом будут приниматься все необходимые меры для моего излечения, но никаких гарантий или обещаний относительно результатов лечения не может быть предоставлено.

Я информирован(а) о том, что при оказании медицинских услуг могут возникнуть экстренные непредвиденные обстоятельства и/или осложнения, требующие неотложного расширения объема оказания медицинской помощи, в проведении которой я полностью доверяю Клинике, без моего предварительного письменного согласия.

Я утверждаю, что все интересующие меня вопросы мною заданы, все полученные ответы и разъяснения от медицинского персонала мною поняты, возможный риск предстоящего исследования, манипуляции, операции (включая летальный исход) мною осознан.

Я ознакомлен(а) со всеми пунктами настоящего документа и согласен(а) с ними.

----- / -----
ФИО Место для подписи

----- / -----
ФИО Место для подписи