

Информированное добровольное согласие Потребителя на медицинские услуги

Я, _____ года рождения, зарегистрированный по адресу: _____ даю информированное добровольное согласие на виды медицинских услуг, включенные в [Перечень](#) определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной и специализированной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082) (далее - Перечень), для получения первичной доврачебной, первичной и специализированной врачебной медико-санитарной помощи в ООО "Ваш врач плюс". Работником при регистрации в доступной для меня форме разъяснены цели, методы оказания медицинской услуги, 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 План лечения, определенный Исполнителем, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных [частью 9 статьи 20](#) Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Я предупрежден(а) о возможности назначения по показаниям дополнительных платных медицинских услуг, не предусмотренных Планом, определенным при первичном обращении.

Мне объяснено, что в проведении манипуляций может быть отказано после осмотра специалистом (консультации) в виду выявленных противопоказаний, недообследованности, отсутствия показаний для получения желаемого эффекта от манипуляций.

Я уведомлен (а) о том, что несоблюдение рекомендаций лечащего врача, в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

Я понимаю, что по запросу могу получить сведения о результатах обслуживания, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях вмешательств, ожидаемых результатах лечения, об используемых лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности, показаниях к применению в доступной для меня форме. Для этого я должен (а) сообщить о выборе формы разъяснений, кроме устной. Аудио/видео запись приема возможна для личного пользования и только с разрешения лечащего врача.

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 [части 5 статьи 19](#) Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья:

(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

√ _____
(подпись)

(Ф.И.О. Потребителя)

(Ф.И.О. Исполнителя)

Дата оформления √ _____

Согласие Потребителя на обработку персональных данных

Я, нижеподписавшийся _____, зарегистрированный (ая) по адресу _____, паспорт _____ выдан _____

в соответствии с требованиями статьи 9 Закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю свое согласие ООО "Ваш врач плюс". (ИНН 2902064158.), зарегистрированному по адресу Архангельская обл., г. Северодвинск, ул. Комсомольская д.34а, пом. 4-Н, (далее – Оператор) на обработку моих персональных данных, включающих фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактный телефон(ы), реквизиты полиса ОМС (ДМС), 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. В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные в целях моего обследования (проведения лабораторных исследований) в ООО «ДиаЛаб Плюс» ИНН 7728621567, ООО «ИНВИТРО СПб» ИНН 7810047507.

Предоставляю Оператору право осуществлять действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, предоставление, обезличивание, блокирование, удаление, 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 (договором 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.

Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты).

Настоящее согласие дано мной _____ и действует бессрочно. Оно может быть отозвано письменно путем обращения по адресу Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручения под подпись представителю Оператора.

Контактный телефон _____

Подпись: √ _____