

### Информированное добровольное согласие

Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенных 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

Я, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ года рождения,  
Ф.И.О. гражданина, одного из родителей, иного законного представителя  
проживающий по адресу: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ адрес гражданина, одного из родителей, иного законного представителя  
даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенных 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 Минздравсоцразвития России от 23 апреля 2012 г. № 390 н (зарегистрирован Минюстом России 5 мая 2012 г. № 24082) (далее – Перечень видов медицинских вмешательств), при оказании мне первичной медико-санитарной помощи в: ООО "Поликлиника "Лекон"  
наименование медицинской организации

Медицинским работником: \_\_\_\_\_  
должность, Ф.И.О. медицинского работника

Я ознакомлен с Перечнем видов медицинских вмешательств, в доступной для меня форме мне даны разъяснения о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что при оформлении настоящего добровольного информированного согласия, а также перед осуществлением медицинского вмешательства, включенного в Перечень видов медицинских вмешательств, я имею право отказаться от одного или нескольких вышеуказанных видов медицинского вмешательства.

В случае моего отсутствия уполномочиваю присутствовать при оказании первичной медико-санитарной помощи моему ребенку, лицу, чьим законным представителем я являюсь (ненужное зачеркнуть):

\_\_\_\_\_  
Ф.И.О. лиц, которым предоставляется право присутствовать при оказании первичной медико-санитарной помощи

Подпись, \_\_\_\_\_  
Подпись, \_\_\_\_\_  
/Дата оформления информированного добровольного согласия/

### Письменное согласие на обработку персональных данных

Я, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ года рождения,  
Адрес (по месту регистрации): \_\_\_\_\_  
Паспорт: серия, № \_\_\_\_\_  
Выдан: дата, \_\_\_\_\_  
Далее - «Субъект персональных данных».

В соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.06 «О персональных данных» № 152-ФЗ подтверждаю своё согласие на обработку ООО «Поликлиника «Лекон»., находящемуся по адресу: ул. Зеленая, д. 3А, далее «Оператор», моих персональных данных, включающих фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, адрес электронной почты, реквизиты полиса ОМС (ДМС), данных о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью в медикопрофилактических целях, в целях установления диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, уполномоченным Оператором, обязанным сохранять врачебную тайну, персональные данные.

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, предусмотренные действующим законодательством,

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по передаче отчетных форм в случаях, предусмотренных действующим законодательством, с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их приём и обработка будет осуществляться лицом, обязанным сохранять врачебную тайну и персональные данные.

/ \_\_\_\_\_ /  
Даю согласие получать информацию о ходе лечения, результатах анализов и акциях  
на тел.: \_\_\_\_\_, e-mail: \_\_\_\_\_  
/ \_\_\_\_\_ /

## **ПАМЯТКА о правах и обязанностях пациента.**

Права и обязанности пациентов изложены в соответствии с Федеральным Законом № 323-ФЗ от 21.11.2011 «Об охране здоровья граждан в Российской Федерации», Федеральным законом РФ от 07.02.1992 №2300-1 «О защите прав потребителей»

### **При обращении за медицинской помощью и ее получении пациент имеет право на:**

- уважительное и гуманное отношение со стороны медицинских работников и других лиц, участвующих в оказании медицинской помощи;
- информацию о фамилии, имени, отчестве, должности и квалификации его лечащего врача и других лиц, непосредственно участвующих в оказании ему медицинской помощи. Лечащий врач вправе отказаться от наблюдения и лечения с уведомлением руководства в письменной форме;
- обследование, лечение в объемах оплаченных услуг и нахождение в медицинской организации в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим и противоэпидемическим требованиям;
- облегчение боли, связанной с заболеванием и (или) медицинским вмешательством, доступными способами и средствами;
- обжалование поставленного диагноза, применяемых методов обследования и лечения;
- добровольное информированное согласие пациента на медицинское вмешательство в соответствии с законодательными актами;
- отказ от оказания (прекращение) медицинской помощи, от госпитализации, за исключением случаев, предусмотренных законодательными актами;
- обращение с жалобой к должностным лицам медицинской организации, в которой ему оказывается медицинская помощь, а также к должностным лицам государственных органов или в суд;
- сохранение медицинскими работниками в тайне информации о факте его обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при его обследовании и лечении, за исключением случаев, предусмотренных законодательными актами;
- получение в доступной для него форме полной информации о состоянии своего здоровья, применяемых методах диагностики и лечения, а также на выбор лиц, которым может быть передана информация о состоянии его здоровья.
- получение в доступной для него форме полной информации о возможности получения помощи в рамках Территориальной программы государственных гарантий.

### **Пациент обязан:**

- соблюдать правила внутреннего распорядка и поведения для пациентов;
- бережно относиться к имуществу медицинской организации;
- уважительно относиться к медицинским работникам и другим лицам, участвующим в оказании медицинской помощи;
- уважительно относиться к другим пациентам;
- предоставлять лицу, оказывающему медицинскую помощь, известную ему достоверную информацию о состоянии своего здоровья, в том числе о противопоказаниях к применению лекарственных средств, ранее перенесенных и наследственных заболеваниях;
- выполнять медицинские предписания;
- сотрудничать с врачом на всех этапах оказания медицинской помощи;
- соблюдать санитарно-гигиенические нормы: вход в отделения поликлиники в сменной обуви или бахилах, верхнюю одежду оставлять в гардеробе;
- соблюдать правила запрета курения в медицинских организациях, курить только в специально отведенных для курения местах.

Права и обязанности доведены в доступной форме

---

(Ф.И.О. пациента)

---

(подпись пациента)