

**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**

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

\_\_\_\_\_ (полное наименование медицинской организации)

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

в доступной для меня 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. 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 о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о 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)

« \_\_\_\_\_ »

Г.

(дата оформления)

## ПИСЬМЕННОЕ СОГЛАСИЕ СУБЪЕКТА НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, нижеподписавшийся \_\_\_\_\_

(ФИО полностью)

проживающий по адресу: \_\_\_\_\_

(по месту регистрации)

(номер основного документа, удостоверяющего личность, сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)

В соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. «О персональных данных» № 152-ФЗ даю согласие на обработку ГБУЗ РБ Большеустыкинская ЦРБ, 452550, РБ, Мечетлинский район, с. Большеустыкинское, ул. Школьная, д.2 (далее – Оператор) мои персональных данных включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания и регистрации, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер Индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), состояния моего здоровья, заболевания в 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 сохранить 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. Допуск к работе лиц, не завершивших освоение образовательных программ высшего медицинского или высшего фармацевтического образования производится по приказу Министерства здравоохранения РФ от 27 июня 2016 г. № 419н.

Предоставляю Оператору право осуществлять следующие 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 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 РФОМС по РБ с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих из защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Срок хранения моих персональных данных соответствуют сроку хранения первичных медицинских документов и составлять двадцать пять лет.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие действует с «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 201\_ г. и в течение двадцати пяти лет с момента моего последнего обращения в ГБУЗ РБ Большеустыкинская ЦРБ, либо до отзыва путем направления в ГБУЗ РБ Большеустыкинская ЦРБ письменного сообщения об указанном отзыве по форме, утвержденной в «Политике обработки персональных данных ГБУЗ РБ Большеустыкинская ЦРБ».

**Подпись субъекта персональных данных** \_\_\_\_\_