

Добровольное информированное согласие пациента на медицинское вмешательство

Я,

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, перечень которых указан в настоящем согласии, в том числе eesr\$g\$gfccsчна виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень, утвержденный приказом Минздрава РФ от 23 апреля 2012 г. № 390н, для получения медицинской помощи,

втчеччччппфzzzтпнннппzzfппччпппппччпefzzfzzzzzтпнптffffппнffftfssнffffgguшh\$шиurООО

«Прозрение-ГАР». С целью преемственности в оказании медицинских услуг настоящее

Мне в доступной форме разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских действий, троятность 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 граждан в Российской Федерации». Данное согласие действительно на все время (случаи) наблюдения и лечения в Центре. Настоящее согласие действует со дня его подписания и по день его отзыва в письменной форме.

- 5t видов медицинских вмешательств, на которые дается добровольное информированное согласие: Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза; Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация и the 5Антropометрические исследования5 Термометрия; Тонометрия; Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций; Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы); Лабораторн5666666666766766666676667kkкые методы обследования, в t5lj tmty.d.f.tnfmtnbf.f.b.....m.m. ... rr3. X. клин ииииииии и. U nii ubu niiuubu n.p, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические; Функциональные методы 0r; Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том 151. Сведения о выбранных мною лицах, которым может быть передана инфO⁰I 8

Сведения о выбранных мною лицах, которым может быть передана инфО¹ 8

Пациент _____
and _____ 20____г. (I)

Родственник _____

Врач _____

IThe пациента на обработку персональных данных

Я,

Г.р.,

в целях оказания мне медицинских услуг, даю согласие на обработку персональных данных (далее ПД) ООО «Прозрение-ГАР», а также с целью преемственности в оказании медицинских услуг: ИП Гилязев Азат Рустамович, далее именуемым «Центр», на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку моих персональных данных.

Согласие дано на сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, 896, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных, ⁶gctttttttmmfkyc m tfç., именно: фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения, 0

8 адреса места жительства, телефоны, место работы (род занятий), данные паспорта (или иного документа удостоверяющего личность), информация об оплате, данные полиса ОМС (или ДМС), сведения о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, сведения о диагностических мероприятиях, назначенному и проведенном лечении и полученных рекомендациях.

Кроме того, в моих интересах я разрешаю Центру передавать мои ПД, в том числе медицинские данные

(поставить прочерк, либо заполнить Ф. И. О., контактный телефон)

далее именуемому(й) «Родственник (сопровождающий)», а также в электронном виде по открытым каналам связи в ответном сообщении на запросы поступившие с адреса электронной почты (E-mail) _____ и/или аккаунтов мессенджеров, привязанных к телефонным номерам, указанным в настоящей медицинской карте. Документы, направляемые посредством указанных в настоящем согласии электронных средств связи, считаются подписанными простой электронной подписью. Также, при наличии технической возможности, даю согласие на использование простой электронной подписи для авторизации в Личном кабинете на сайте Центра. Мне известно о необходимости сообщения в

кратчайшие сроки, и о рисках такого несообщения, о прекращении или об изменении реквизитов простой электронной подписи (E-mail и телефонных номеров), указанных в настоящей карте.

Данное согласие действительно на все время (случаи) наблюдения и лечения в Центре. Настоящее согласие действует со дня его подписания и по день его отзыва в письменной форме.

Пациент _____
«___» 20__ г.

Родственник _____
(сопровождающий)

Врач _____