

Согласие информированное добровольное
на оказание медицинских услуг, медицинское вмешательство (проведение манипуляций, диагностических исследований) и обработку персональных данных

Я Ф.И.О., дата года рождения даю согласие медицинской организации ООО «ВЕНЗДРАВ», расположенной по адресу: г. Ульяновск, ул. Л.Толстого 38\16 помещ 112, 77 (далее – Оператор) на проведение мне следующих манипуляций: забор венозной и/или капиллярной крови, мазков, кала, мочи и других биологических сред на лабораторное, микробиологическое исследования.

Мне в доступной и понятной форме разъяснены правила подготовки к исследованиям и возможные погрешности в результатах при их несоблюдении, вероятные риски манипуляций (боль или дискомфорт при введении иглы, гинекологического зеркала, урогенитального зонда и тампона, гематома в области пункции вены, аллергические реакции после лейкопластиря, болезненность при мочеиспускании после забора мазка из уретры, обморок и пр.).

В случае отсутствия направления от врача, я подтверждаю, что согласен(а) с рекомендованными мне исследованиями, и претензий по обоснованности их выполнения предъявлять не буду.

Я подтверждаю, что все интересующие меня вопросы мною заданы, все полученные ответы и разъяснения персонала Оператора мною поняты, возможный риск предстоящих манипуляций мною осознан.

Я даю согласие на внесение в информационную систему Оператора моих персональных данных.

Я соглашаюсь с использованием и обработкой Оператором моих персональных данных на условиях соблюдения их защиты в соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ «О персональных данных», Федерального закона от 21.11.2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Под персональными данными понимаются фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения, адрес проживания, контактный телефон, паспортные данные, реквизиты полиса ОМС, страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные лабораторных, микробиологических исследований, состоянии здоровья, заболеваниях.

Под использованием и обработкой понимается сбор, систематизация, внесение в электронную базу данных, включение в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных, накопление, хранение, обновление, изменение, передача и использование другими должностными лицами Оператора, обезличивание, блокирование, уничтожение.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и соответствует более двадцати пяти лет.

Передача моих персональных данных иным лицам, иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия, за исключением, если иное не предусмотрено действующим законодательством РФ.

Настоящее согласие дано: ФИО, дата и действует бессрочно.

Если пациент не может подписать документ вследствие тяжелого физического состояния или является несовершеннолетним ставится подпись законного представителя пациента, ближайшего родственника.

Настоящее согласие дано: ФИО, дата и действует бессрочно.

Информацию получил сотрудник оператора: ФИО, дата.