

Приложение № 1

к Договору на оказание платных медицинских услуг № \_\_\_\_\_ от « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201 \_\_\_\_ г.

**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, являющееся неотъемлемой частью договора на предоставление платных медицинских услуг № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ г.**

Я \_\_\_\_\_  
(ФИО Потребителя/Заказчика (Законного представителя))

Паспорт \_\_\_\_\_

Выдан \_\_\_\_\_

Зарегистрированный (ая) по адресу: \_\_\_\_\_

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. N 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082) (далее - Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи / получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в ООО «Дентал Спа»

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. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2012, N 26, ст. 3442, 3446).

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 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 или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. Потребителя/Заказчика (Законного представителя), контактный телефон)

\_\_\_\_\_  
(подпись) (Ф.И.О. Потребителя/Заказчика (Законного представителя))

\_\_\_\_\_  
(подпись) (Ф.И.О. медицинского работника)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201 \_\_\_\_ г.  
(дата оформления)

Приложение к приказу Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н

**ПЕРЕЧЕНЬ ОПРЕДЕЛЕННЫХ ВИДОВ МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ, НА КОТОРЫЕ ГРАЖДАНЕ ДАЮТ ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПРИ ВЫБОРЕ ВРАЧА И МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ**

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза. 2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование. 3. Антропометрические исследования. 4. Термометрия. 5. Тонометрия. 6. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций. 7. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций. 8. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы). 9. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические. 10. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, рэоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиоотокография (для беременных). 11. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования. 12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно. 13. Медицинский массаж. 14. Лечебная физкультура.

**СОГЛАСИЕ на обработку персональных данных**

Я (далее – Субъект персональных данных)

\_\_\_\_\_  
 (фамилия, имя, отчество)  
 \_\_\_\_\_ года рождения, паспорт: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_,

выдан \_\_\_\_\_,  
 (кем и когда)

зарегистрированный (ая) по адресу: \_\_\_\_\_,  
 \_\_\_\_\_,

как законный представитель несовершеннолетнего \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 (ФИО несовершеннолетнего)  
 \_\_\_\_\_ года рождения

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» разрешаю ООО «Дентал Спа», 344092, г.Ростов-на-Дону, ул.Пацаева, д.18, в лице ответственного за обработку персональных данных, (далее - Оператор) обработку моих персональных данных в целях заключения с Оператором договора на оказание платных медицинских услуг, дальнейшего его исполнения, совершения иных действий, порождающих юридические последствия в отношении меня или других лиц.

Персональные данные, на обработку которых, я даю свое согласие включают следующую информацию: мои фамилия, имя, отчество, пол, дата и место рождения, адрес, контактные данные, профессия, место работы, реквизиты страхового полиса, идентификационный номер налогоплательщика (ИНН), реквизиты пенсионного удостоверения (свидетельства), сведения о факте моего обращения за оказанием медицинской помощи, о состоянии моего здоровья, в том числе сведения о результатах медицинского обследования, наличии заболевания, включая мои биометрические данные, сведения об установленном диагнозе, о прогнозе развития заболевания, методах оказания медицинской помощи и любая иная информация, относящаяся к моей личности, доступная либо известная в любой конкретный момент времени Оператору.

Мои персональные данные могут быть получены Оператором как от меня лично, так и от любых третьих лиц, с учетом требований действующего законодательства Российской Федерации.

Обработка моих персональных данных включает любое действие (операция) или совокупность действий (операций), совершаемых Оператором для достижения указанных выше целей с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных, а также иные действия с моими Персональными данными с учетом действующего законодательства.

Я согласен с тем, что для достижения указанных выше целей Оператор в случае необходимости или кажущейся целесообразности может предоставить мои Персональные данные третьему лицу, в том числе не-медицинской организации, а также в случаях привлечении третьих лиц к оказанию услуг в указанных целях.

Я согласен с тем, что обработка моих персональных данных будет осуществляться в соответствии со страховым законодательством и иным законодательством РФ, в случае оказания мне медицинских услуг по программам обязательного и (или) добровольного медицинского страхования.

Я согласен с тем, что Оператор в связи с передачей, принадлежащих ему функции и полномочий иному лицу имеет право передать таким третьим лицам, их агентам и иным уполномоченным ими лицам в необходимом объеме информацию и (или) документы, содержащие мои Персональные данные.

Я согласен с тем, что обработка моих Персональных данных может осуществляться Оператором и на иных основаниях, предусмотренных законодательством РФ.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения медицинской документации, который определяется законодательством РФ. Срок хранения амбулаторной карты стоматологического пациента составляет пять лет.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа на имя Оператора, при этом я проинформирован, что у Оператора все равно остаются основания для обработки моих Персональных данных, предусмотренные законодательством РФ.

Подписывая согласие на обработку моих персональных данных, я подтверждаю, что имел (а) возможность задать необходимые вопросы, получить на них ответы и, давая данное согласие, действую добровольно и осознанно.

Подпись гражданина \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

Подпись ребенка, достигшего 15-летнего возраста: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

Дата: «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 201\_\_\_\_\_ г.



