



Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

№ медицинской карты _____

Я, нижеподписавшийся (-аяся)

(фамилия, имя, отчество пациента (законного представителя))

настоящим подтверждаю, что в соответствии с ч. 1, 2, 5 ст. 19, ст. 20, ст. 22, ст. 27 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»:

1. Мне подробно и в доступной форме лечащим врачом разъяснено право на медицинскую помощь; право на медицинскую помощь в гарантированном объеме, оказываемую без взимания платы в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, а также на получение платных медицинских услуг и иных услуг, в том числе в соответствии с договором добровольного медицинского страхования.

2. Мне подробно и в доступной форме лечащим врачом разъяснено право на выбор врача и выбор медицинской организации; профилактику, диагностику, лечение, медицинскую реабилитацию в медицинской организации в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям; получение консультаций врачей-специалистов; облегчение боли, связанной с заболеванием и (или) медицинским вмешательством, доступными методами и лекарственными препаратами; получение информации о своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья, выбор лиц, которым в интересах пациента может быть передана информация о состоянии моего здоровья; получение лечебного питания в случае нахождения на лечении в стационарных условиях; защиту сведений, составляющих врачебную тайну; отказ от медицинского вмешательства; возмещение вреда, причиненного здоровью при оказании ему медицинской помощи; допуск адвоката или законного представителя для защиты своих прав; допуск священнослужителя, а в случае нахождения на лечении в стационарных условиях - на предоставление условий для отправления религиозных обрядов, проведение которых возможно в стационарных условиях, в том числе на предоставление отдельного помещения, если это не нарушает внутренний распорядок медицинской организации.

3. Мне подробно и в доступной форме разъяснено право, что необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия гражданина (законного представителя) на медицинское вмешательство на основании предоставленной лечащим врачом в доступной форме полной информации 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.

4. Мне подробно и в доступной форме разъяснено лечащим врачом право отказа от медицинского вмешательства или права прекращения медицинского вмешательства по моему требованию. При отказе от медицинского вмешательства мне подробно и в доступной форме лечащим врачом разъяснены возможные последствия такого отказа.

5. Мне подробно и в доступной форме разъяснена лечащим врачом возможность медицинского вмешательства без согласия пациента (законного представителя) в случаях: если медицинское вмешательство необходимо по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни и если мое состояние не позволит выразить свою волю; при заболеваниях, представляющих опасность для окружающих. Я информирован (-а), что при отказе законного представителя от медицинского вмешательства, необходимого для спасения жизни пациента, медицинская организация имеет право обратиться в суд для защиты интересов такого лица.

6. Мне подробно и в доступной форме разъяснено лечащим врачом право получения в доступной для меня форме имеющуюся в медицинской организации информацию о состоянии своего здоровья, в т.ч. сведения о результатах медицинского обследования, наличии заболевания, об установленном диагнозе и о прогнозе развития заболевания, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных видах медицинского вмешательства, его последствиях и результатах оказания медицинской помощи; непосредственно знакомиться с медицинской документацией, отражающей состояние своего здоровья, и получать на основании такой документации консультации у других специалистов; на основании письменного заявления получать отражающие состояние здоровья медицинские документы, их копии и выписки из медицинских документов. Информация о состоянии здоровья предоставляется мне лично лечащим врачом или другими медицинскими работниками, принимающими непосредственное участие в медицинском обследовании и лечении. Информация о состоянии здоровья не может быть предоставлена мне против моей воли. Я согласен (-на) на присутствие во время вмешательства лиц с медицинским образованием, лиц, обучающихся по программам медицинского образования, непосредственно не принимающих участие в диагностическом (лечебном) вмешательстве исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с безусловным сохранением врачебной тайны и охраной персональных данных.

В случае неблагоприятного прогноза развития заболевания информация о состоянии своего здоровья прошу сообщить в деликатной форме мне или супругу (супруге), одному из близких родственников:

(фамилия, имя, отчество супруга(и), близкого родственника, телефон)

Я запретил сообщать информацию о состоянии моего здоровья супругу (супруге), одному из близких родственников, я не определил иное лицо, которому должна быть передана такая информация

(фамилия, имя, отчество пациента (законного представителя) и подпись)

7. Мне подробно и в доступной форме разъяснены лечащим врачом обязанности в сфере охраны здоровья, а именно, я обязан(-а) заботиться о сохранении своего здоровья; в случаях, предусмотренных законодательством РФ, я обязан(-а) проходить медицинские осмотры, а при наличии заболеваний, представляющих опасность для окружающих, в случаях, предусмотренных законодательством РФ, обязан(-а) проходить медицинское обследо-

вание и лечение, а также заниматься профилактикой этих заболеваний; при нахождении на лечении, обязан(-а) соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период моей временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях. Я ознакомлен (-а) с правилами внутреннего распорядка ГБУЗ СО «ЦГКБ № 1 г.Екатеринбург», проинформирован (-а) о запрете курения в зданиях, помещениях и на территории медицинской организации.

Я имел(а) возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получил исчерпывающие ответы. Я получил(а) подробно и в доступной форме информацию о состоянии своего здоровья, в том числе сведения о результатах медицинского обследования, наличии заболевания, об установленном диагнозе и о прогнозе развития заболевания, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных видах медицинского вмешательства, его последствиях и результатах оказания медицинской помощи. Получив полную информацию о необходимости проведения медицинского вмешательства, последствиях отказа от него, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, и добровольно соглашаюсь на проведение медицинского вмешательства,

--	--	--

(фамилия, имя, отчество пациента (законного представителя))

дата

подпись

в том числе добровольно соглашаюсь на оперативное медицинское вмешательство

дата	наименование оперативного вмешательства	вид заболевания	Ф.И.О. пациента	подпись пациента	лечащий врач: Ф.И.О. подпись

Я свидетельствую, что разъяснил все вопросы, связанные с проведением медицинского вмешательства и последствиями отказа от него, и дал исчерпывающие ответы на все вопросы.

Лечащий врач

--	--	--

фамилия, имя, отчество врача

дата

подпись

Согласие на обработку персональных данных

Я, _____, нижеподписавшийся

(-аясь)

проживающий (ая) по адресу _____, паспорт серия _____ номер _____, выдан (когда, кем) _____, в соответствии с требованиями ст. 9 Федерального закона от 27.07.06 г. "О персональных данных" № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку ГБУЗ СО «ЦГКБ № 1 г.Екатеринбург» (далее – Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, данные паспорта, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью и другие необходимые данные – 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 сохранять 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.

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 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), по работе с вышестоящими органами управления здравоохранения и другими органами государственной власти на обмен (прим и передачу) моими персональными данными со страховой медицинской организацией, в соответствии с полисом ОМС (ДМС), территориальным фондом ОМС и другими с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну. Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных мед. документов и составляет двадцать пять лет для стационара, пять лет – для поликлиники. Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия. Настоящее согласие дано мной _____ (дата) и действует бессрочно. Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Контактный телефон: _____

и почтовый адрес: _____

--	--	--

фамилия, имя, отчество субъекта персональных данных

дата

подпись