

Приложение N2 к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12.11.2021 N2 1051 н 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, дата рождения) (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 информиро-ванное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первич-ной медико - санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и со-циального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г, №390н “Об утверждении Перечня определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико - санитарной помощи”, для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), Приказа Минздрава России от 12 ноября 2021 г № 1051н “Об утверждении Порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства, формы информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и формы отказа от медицинского вмешательства” в ИП Габдуллин Центр мануальной терапии и неврологии, на медицинские услуги по Договору № _____от _____ (наименование услуг, должность и Ф.И.О. медицинского работника) 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 . №323-ФЗ “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации”. Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 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), в том числе после смерти: _____ (Ф.И.О. гражданина, контактный телефон) _____ (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина) подпись	СОГЛАСИЕ на обработку персональных данных пациента Я, _____ (Ф.и.о. полностью) проживающего по адресу _____ паспорт _____ в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.2006 г. “О защите персональных данных” №152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку ИП Габдуллин, расположенного по адресу: Республика Башкортостан, г.Уфа, Ст.Халтурина 44, (далее - Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, данные о состоянии моего здоровья, заболеваний, случаях обращения за медицинской помощью в медико - профилактических целях, в целях осуществления реклам но -информационной рассылки и повышения качества обслуживания, установления профессионального диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну. Для достижения указанных выше целей по осуществлению реклам но - информационной рассылки и по-вышения качества обслуживания Оператор вправе в необходимом объеме передавать мои персональные данные третьим лицам, их агентам и иным уполномоченным ими лицам, а также предоставлять таким лицам соответствующие документы, содержащие мои персональные данные. В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам и Оператору, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну (сведения о фактах моего обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья, диагнозе) другим должностным лицам Оператора (работникам, представителям и партнерам страховых компаний, оплачивающих оказываемые медицинские услуги), 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, в электронную амбулаторную карту. Я ознакомлен, что в целях антитеррористической безопасности, на территории Оператора ведется ви-деонаблюдение, камеры направлены на холлы, входные зоны, рабочие места персонала, претензий к Оператору не имею, мне разъяснено, что при видеозаписи Оператор несет полную ответственность за конфиденциальность полученных данных, их передачу и хранение, предусмотренную действующим законодательством. Оператор имеет право во исполнение своих обязательств на обмен (прием и передачу) моими персональными данными с медицинскими организациями, органам исполнительной власти, государственным структурам, а так же в порядке установленном действующим законодательством с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будет осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну. Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия. Настоящее согласие дано мной _____ и действует в течение срока хранения медицинской документации. 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 (ы) _____ и почтовый адрес _____ Подпись субъекта персонапных данных ~
---	--