

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)
«_____» _____ г. рождения, (дата рождения гражданина либо законного представителя)
зарегистрированный по адресу: _____
(адрес регистрации гражданина либо законного представителя)
проживающий по адресу: _____
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)
в отношении _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)
«_____» _____ г. рождения, (дата рождения пациента при подписании законным представителем)
проживающего по адресу: _____
(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)
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 РФ от 23 апреля 2012 г. № 390н (далее - виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/ получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в Государственном бюджетном учреждении здравоохранения Самарской области «Тольяттинская городская поликлиника №1»
Медицинским работником _____
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) 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. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ».

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти: _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

_____ (подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

«_____» _____ г.
(дата оформления)

**СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных**

Я, нижеподписавшийся,

(ФИО)

являясь родителем (законным представителем) пациента

(заполняется в случае, если согласие оформляется от

имени родителя на ребенка)

документ _____

в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.06 г. "О персональных данных" № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку ГБУЗ СО «ТГП № 1» адрес г. Тольятти, Приморский б-р, 24 (далее – Оператор) моих персональных данных, а также персональных данных моего ребенка, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии сохранения врачебной тайны.

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, платным медицинским услугам, договорам ДМС.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со следующими организациями: страховыми медицинскими организациями, территориальным фондом ОМС, ООО «Информационно-медицинский центр», ГБУЗ СО МИАЦ, Министерством здравоохранения и другими организациями (согласно действующему законодательству РФ) с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка осуществляется с соблюдением всех требований по обеспечению конфиденциальности и безопасности персональных данных в соответствии с действующим законодательством РФ.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять.

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.

Контактные телефоны _____

Почтовый адрес , _____

Подпись субъекта персональных данных _____

**ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ ЗАКАЗЧИКА
НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ (УСЛУГИ)**

Я,

получил(а) от сотрудников ГБУЗ СО «ТГП №1» полную информацию о возможности и условиях предоставления мне бесплатных медицинских услуг в ГБУЗ СО «ТГП №1» в рамках Территориальной программы государственных гарантий оказания населению Самарской области бесплатной медицинской помощи на 2023 год. Я изъявляю свое желание на получение платных медицинских услуг(и).

Настоящим заявлением я подтверждаю свое добровольное согласие на получение платных услуг (услуги) и заключение договора на оказание мне платных медицинских услуг (услуги), и готов(а) их оплатить.

_____ 2023 г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Самарской области
«Тольяттинская городская поликлиника №1»
ИНН 6320001156 КПП 632001001 ОГРН 1036300996764

445027, г. Тольятти, Приморский бульвар, 24, тел. 98-89-25

АКТ
ОКАЗАННЫХ УСЛУГ

За _____ 2023 года.

Гражданин(ка) _____, именуемый(ая) в дальнейшем «Заказчик», с одной стороны, и ГБУЗ СО «ТГП №1», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице начальника отделения платных медицинских услуг Бородиной В. Н., действующего на основании Доверенности № 15/2023 от 17.07.2023, подписали настоящий акт о том, что Заказчику оказаны медицинские услуги согласно договору №2/00000 от _____ 2023 г. на сумму _____ (_____ рублей).


Медицинские услуги выполнены полностью и надлежащим образом. Претензий Заказчик не имеет.

Заказчик:

_____ / _____ /

Исполнитель:

начальник отделения
платных медицинских услуг

 /В.Н.Бородина/

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Самарской области
«Тольяттинская городская поликлиника №1»
ИНН 6320001156 КПП 632001001 ОГРН 1036300996764

445027, г. Тольятти, Приморский бульвар, 24, тел. 98-89-25

АКТ
ОКАЗАННЫХ УСЛУГ

За _____ 2023 года.

Гражданин(ка) _____, именуемый(ая) в дальнейшем «Заказчик», с одной стороны, и ГБУЗ СО «ТГП №1», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице начальника отделения платных медицинских услуг Бородиной В. Н., действующего на основании Доверенности № 15/2023 от 17.07.2023, подписали настоящий акт о том, что Заказчику оказаны медицинские услуги согласно договору №2/00000 от _____ 2023 г. на сумму _____ (_____ рублей).


Медицинские услуги выполнены полностью и надлежащим образом. Претензий Заказчик не имеет.

Заказчик:

_____ / _____ /

Исполнитель:

начальник отделения
платных медицинских услуг

 /В.Н.Бородина/