

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ВИДЫ МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

Я, _____, являюсь (попечителем, усыновителем, законным представителем) _____ дата рождения _____ зарегистрированный(-ая) по адресу _____, документ серия _____, номер _____, выдан _____, _____, 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. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее - Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи / получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в ООО "БиоМед+", в т.ч. выполнение медицинских манипуляций направленных на забор биологического материала для проведения лабораторных медицинских анализов: кровь венозная, кровь капиллярная, урологический мазок/соскоб, гинекологический мазок/соскоб, иной мазок , пр.

Медицинским работником 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 5 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)

(Ф.И.О. гражданина)

(Ф.И.О. гражданина или попечителя, усыновителя)

✓

(подпись)

(дата оформления)

Тел: _____

Е-mail: _____

(контактный телефон, e-mail)

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, _____ являюсь попечителем, усыновителем, законным представителем _____

Настоящим даю свое согласие на обработку в ООО "БиоМед+" моих персональных данных, к которым относятся:

- фамилия, имя, отчество;
- пол;
- дата рождения;
- результаты выполненных медицинских исследований (анализов);
- другая информация, необходимая для правильного проведения и интерпретации результатов медицинских исследований (анализов).

Я даю согласие на использование моих персональных данных в целях выполнения обязательств по договору оказания платных медицинских услуг № _____. Настоящее согласие предоставляется на осуществление действий в отношении моих персональных данных, которые необходимы или желаемы для достижения указанных выше целей, включая (без ограничения) сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передачу третьим лицам, обезличивание, блокирование, а также осуществление иных действий с моими персональными данными, предусмотренных действующим законодательством РФ. ООО "БиоМед+" гарантирует, что обработка моих личных персональных данных осуществляется в соответствии с действующим законодательством РФ. Я проинформирован, что ООО "БиоМед+" будет обрабатывать мои персональные данные как неавтоматизированным, так и автоматизированным способом обработки.

При передаче результатов исследований по открытым каналам связи (телефон, электронная почта) ООО "БиоМед+" не несет ответственности в случае возможного нарушения конфиденциальности передаваемой информации. Я, принимая такое решение, понимаю риск возможного нарушения конфиденциальности передаваемой информации.

Подпись _____ ✓
(Ф.И.О. гражданина или попечителя, усыновителя) (подпись)

Подпись _____
(Ф.И.О. медицинского работника) (подпись)

Дата оформления 04.10.2023