

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, _____, _____ г.р.,
являюсь законным представителем ребенка _____,

зарегистрированного 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. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее – Перечень), а именно: 1. Опрос (жалобы, сбор анамнеза). 2. Осмотр (перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование). №. Антропометрию. 4. Термометрию. 5. Тонометрию. 6. Неинвазивные исследования органа зрения. 7. Неинвазивные исследования органа слуха. 8. Исследования функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы). 9. Лабораторные исследования. 10. Функциональные исследования (ЭКГ, суточное мониторирование давления и ЭКГ, спирографию, пневмотахометрию, электроэнцефалографию). 11. Рентгенологическое обследование (ФЛГ для лиц старше 15 лет, рентгенография, УЗИ, доплерография). 12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача (внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно). 13. Медицинский массаж. 14. Лечебную физкультуру, для получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), «СПб ГБУЗ «ГП № 27»

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. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446).

Я поставил(а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных представляемых и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, в том числе носительстве ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитов, туберкулезе, инфекциях, передаваемых половым путем, о принимаемых лекарственных средствах, проводившихся ранее переливаниях крови и ее компонентов; сообщил правдивые сведения о наследственности.

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 (законного представителя), контактный телефон)

(подпись) (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

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

«___» _____ 20__ г.

_____ Подпись

В соответствии с положениями ст. 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 223-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» даю согласие на предоставление сведений в отношении несовершеннолетнего, составляющих врачебную тайну, медицинским, социальным учреждениям, органам внутренних дел и местного самоуправления, в том числе должностным лицам, в целях медицинского обследования и лечения, а также в целях профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних в соответствии с требованиями ФЗ «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних» №120-ФЗ от 24.06.1999г

« ____ » _____ 20 ____ г.

Подпись

Согласие на обработку персональных данных

Я, нижеподписавшийся _____
паспорт _____ выдан _____,
являюсь законным представителем несовершеннолетнего ребенка _____,
свидетельство о рождении серия _____ № _____,
проживающего по адресу _____,

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006г. «О персональных данных № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку СПб ГБУЗ «ГП № 27» (далее – Оператор), адрес: Санкт-Петербург, Вознесенский пр., 29, лит.А, персональных данных несовершеннолетнего, 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 несовершеннолетнего, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью – 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 медицинской помощи несовершеннолетнего, я предоставляю право медицинским работникам передавать персональные данные несовершеннолетнего, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах обследования и лечения несовершеннолетнего.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с персональными данными несовершеннолетнего, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать персональные данные несовершеннолетнего посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС (договору ДМС). Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (по договору ДМС) на обмен (прием и передачу) персональными данными несовершеннолетнего со страховой медицинской организацией и территориальным фондом ОМС с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа. Срок хранения персональных данных несовершеннолетнего соответствует сроку хранения первичных медицинских документов.

Передача персональных данных несовершеннолетнего иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия. Настоящее согласие 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 выполнения обязательств по работе в системе ОМС (по договору ДМС)

Мне разъяснено, что с Положением по обработке и защите персональных данных пациентов и утвержденными им формами документов я могу ознакомиться в страховом столе 1 этаж детского поликлинического отделения СПб ГБУЗ «ГП №27».

« ____ » _____ 20 ____ г.

Подпись