

## Форма

### Информированное согласие об объеме и условиях оказываемых платных медицинских услуг

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина)

"\_\_" \_\_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

являющийся Пациентом, в рамках договора на оказание платных медицинских услуг № \_\_\_\_\_ от «\_\_» \_\_\_\_\_ 201\_ г., желаю получить платные медицинские услуги в ФГБУ «ЦИТО им. Н. Н. Приорова» Минздрава России) (далее по тексту – Исполнитель), при этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

1. Я, получив от работников Исполнителя полную информацию о возможности и условиях предоставления бесплатных медицинских услуг в ФГБУ «ЦИТО им. Н. Н. Приорова» Минздрава России, в рамках программ получения бесплатной медицинской помощи, даю свое согласие на оказание платных медицинских услуг и готов(а) их оплатить.
2. Я выражаю добровольность в получении платных медицинских услуг, в то время как я рассмотрел(а) различные варианты получения медицинских услуг, и то, что мне могут оказать аналогичные медицинские услуги в других медицинских учреждениях, на других условиях и на бесплатной основе.
3. Я выражаю добровольность в получении платных медицинских услуг и проведение мне диагностических процедур: получения проб биологического материала для лабораторных исследований, инструментальных исследований, осмотра врача, о целях, характере и возможных неблагоприятных эффектах диагностических процедур, а также о том, что предстоит мне делать до и во время процедур на платной основе.
4. Я получил(а) исчерпывающую информацию по поводу диагноза, об особенностях течения заболевания, о длительности лечения, об исходах лечения, о прогнозе заболевания, об обстоятельствах, ухудшающих прогноз заболевания, о предложенном плане лечения и с правилами лечебно – охранительного режима и обязуюсь их соблюдать.
5. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен(а) исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей (специалистов) Исполнителя, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых, не прописанных лекарств и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение лечебно – охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима приемов препаратов, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья.
6. Виды выбранных мною медицинских услуг согласованы с лечащим врачом (специалистом), и я даю свое согласие на проведение мне диагностических и лечебных мероприятий: прием таблетированных препаратов, инъекций, внутривенных вливаний и других процедур.
7. Я получил(а) информацию о других сопоставимых по медицинской эффективности методах лечения и возможности получения медицинской помощи.
8. 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 мною и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, а так же об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.
9. Я согласен (а) с тем, что используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, Исполнитель не несет ответственности за их возникновение.
10. Мне разъяснено, что я могу получить как один из видов платных медицинских услуг, так и нескольких видов услуг.
11. Я ознакомлен(а) с действующим прейскурантом и согласен(а) оплатить стоимость оказанных медицинских услуг в соответствии с ним.
12. Виды выбранных мною платных медицинских услуг согласованы с лечащим врачом (специалистом), и я даю свое согласие на их оплату.
13. Я удостоверяю, что текст моего информированного согласия на медицинское вмешательство мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют.
13. Не возражаю против записи медицинского вмешательства на информационные носители и демонстрации лицам с медицинским образованием – исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны.
12. Я разрешаю, в случае необходимости, предоставить медицинскую документацию и информацию о состоянии моего здоровья (моем диагнозе, степени тяжести, характере моего заболевания и т.д.) следующим лицам:

Настоящее информированное согласие подписано мною после проведения предварительной беседы об оказании платных медицинских услуг.

Пациент: \_\_\_\_\_

Паспорт: серия: \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, Выдан \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Адрес: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(подпись пациента) (расшифровка подписи)

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**СОГЛАСИЕ  
НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ**

Я, нижеподписавшийся, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина полностью)

"\_\_" \_\_\_\_\_ г. рождения, проживающий по адресу: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, контактный телефон \_\_\_\_\_,  
(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

по месту регистрации: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(адрес места регистрации гражданина либо законного представителя)

паспорт серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ «\_\_» \_\_\_\_\_ г.  
(наименование выдавшего органа)

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» подтверждаю свое согласие на обработку

ФГБУ «ЦИТО им. Н. Н. Приорова» Минздрава России),  
127299, г. Москва, ул. Приорова, д. 10

(далее – Оператор) моих персональных данных, 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 моего здоровья, 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 мне медицинской помощи (при необходимости – по ее окончании) я предоставляю право на передачу третьим лицам в интересах моего обследования, лечения и проведения независимой экспертизы качества оказания медицинской помощи моих персональных данных, полученных в соответствии с п.2 ст. 22 ФЗ, и осуществляемых Оператором во исполнение законодательства, регулирующего деятельность юридических лиц, в том числе передачу моих персональных данных, в том числе фамилию, имя, отчество, год, месяц, дата и место рождения, адрес, семейное, социальное положение, образование, профессия, другую информацию, а также сведений, составляющих врачебную тайну (информация о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья, диагнозе его заболевания, сведения, содержащиеся в истории болезни, иные сведения, полученные при обследовании и лечении), а также в Московский городской фонд обязательного медицинского страхования, страховые и медицинские организации, Департамент здравоохранения г. Москвы, территориальные органы ФНС России, а также любым организациям системы здравоохранения.

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).

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (по договору \_\_\_\_\_ ДМС) на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховой медицинской организацией

\_\_\_\_\_  
(наименование страховой медицинской организации, заполняется в случае оказания медицинской помощи в рамках ДМС [и территориальным фондом ОМС] 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 медицинских документов и составляет двадцать пять лет.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной:

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. законного представителя гражданина)

"\_\_" \_\_\_\_\_ г. и действует бессрочно.  
(дата оформления согласия)

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.

\_\_\_\_\_  
(подпись субъекта персональных данных)