

ООО "Евромедцентр"
г. Горно-Алтайск, пр-т Коммунистический, дом 78
тел.8 38822 22979

Согласие на обработку персональных данных

Я, нижеподписавшийся _____, проживающий по адресу _____ в соответствии с требованиями ст. 9 Федерального закона от 27.07.06г. «О персональных данных» №152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку в ООО "Евромедцентр" моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, 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 ООО "Евромедцентр" мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам ООО "Евромедцентр", в интересах моего обследования и лечения. Предоставляю ООО "Евромедцентр" право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. ООО "Евромедцентр" вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включение в списки и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС (договорам ДМС). 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 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 {медицинской карты} 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 _____ и действует бессрочно.

Оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес ООО "Евромедцентр", по почте заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручен лично под расписку представителю ООО "Евромедцентр". В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных ООО "Евромедцентр" 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 персональных данных _____

Согласен получать sms - рассылку

Информированное добровольное согласие пациента на определенные виды медицинского вмешательства

Я, _____ года рождения, проживающий (ая) по адресу: _____

Даю информированное добровольное согласие на следующие виды медицинских вмешательств (нужное подчеркнуть):

1. Консультация врача _____ (опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза, осмотр в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, вагинальное исследование (для женщины), ректальное исследование, антропометрические исследования, термометрия, тонометрия).
2. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические, исследования методом полимеразной цепной реакции (ПЦР)
3. Функциональные методы обследования, в том числе (ЭКГ, ЭКГ с нагрузкой, СМАД, СМЭКГ, ВЭМ)
4. Ультразвуковая диагностика
5. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутривенно, капельно.
6. Озонотерапия
7. Физioterapia (_____)
8. Амбулаторная хирургия: (_____)

При оказании мне, моему ребенку, лицу, чьим законным представителем я являюсь (нужное подчеркнуть)

(Ф.И.О. ребенка, лица, от имени которого, выступает законный представитель)

_____ рождения, проживающего по адресу:

адрес ребенка, лица, от имени которого, выступает законный представитель ООО "Евромедцентр".

Медицинским работником _____ (должность, Ф.И.О. медицинского работника).

в доступной для меня форме мне разъяснены методы профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, цели, метод/методы оказания медицинской помощи в рамках клинической апробации, связанных 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 методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи в рамках клинической апробации или потребовать его (их) прекращения, мне также разъяснены возможные последствия такого отказа, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния).

Я ознакомлен (а) с информацией о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи бесплатно в рамках программы { и территориальной} государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, добровольно согласен (а) на медицинское вмешательство на платной основе:

Я ознакомлен (а) с видами медицинских вмешательств и в доступной для меня форме мне данного разъяснения о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи;

Я информирован (а) о целях, характере и неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также о том, что предстоит мне (представляемому) делать во время их проведения;

Я поставил (а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах;

Я ознакомлен (а) и согласен (а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты, и добровольно даю свое согласие на обследование и лечение в предложенном объеме;

Разрешаю, в случае необходимости, предоставить информацию о моем диагнозе, степени тяжести и характере моего заболевания, выдать анализы моим родственникам, законным представителям, гражданам:

(указать)

- Мне разъяснено что при оформлении настоящего добровольного информированного согласия, а также перед осуществлением вышеуказанного медицинского вмешательства, я имею право отказаться от одного или нескольких вышеуказанных видов медицинского вмешательства.

- В случае моего отсутствия уполномочиваю присутствовать при оказании специализированной помощи моему ребенку, лицу, чьим законным представителем я являюсь (ненужное зачеркнуть):

(Ф.И.О. лиц которым предоставляется право присутствовать при оказании специализированной помощи)

_____ года. Подпись пациента/законного представителя

Расписался в моем присутствии:

Врач, _____ (подпись)

(Должность, И.О. Фамилия)