

**Информированное добровольное согласие
на медицинское вмешательство**

Я, _____ Тест Тест Тест 01.03.1995
Паспорт _____ Паспорт гражданина РФ, серия: 77 77, № 7777777, выдан: 01.01.2005 г., УВД такой-то, № подр.:
666-666
адрес проживания: _____ 620014, Свердловская обл, г Екатеринбург, ул Бориса Ельцина, стр. 3

- даю свое добровольное информированное согласие ООО «КИРМ» (далее - Медицинский центр) на следующий перечень медицинских вмешательств: опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза; осмотр, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование; антропометрические исследования; термометрия; тонометрия; лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных); ультразвуковые исследования, доплерографические исследования, а также на проведение мне в соответствии с назначениями врача диагностических исследований и консультаций в соответствии с приказом РФ № 803н от 31.07.2020 и №1130н от 30.10.2020.

Медицинским работником: _____
(должность, ФИО 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 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".

- Я поставил (поставила) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною заболеваниях и операциях, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств;

- Я согласен (согласна) на осмотр другими медицинскими работниками и использование моих персональных данных исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны;

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

- Я информирована о том, что в соответствии с приказом здравоохранения РФ от 31 июля 2020 г. N 803 н "О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению" в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования осуществляются базовая программа ВРТ (ЭКО), криоконсервация эмбрионов, разморозка и перенос криоконсервированных эмбрионов. В базовую программу ЭКО по ОМС включено: овариальная стимуляция; пункция фолликулов яичников для получения ооцитов; инсеминация ооцитов специально подготовленной спермой мужа (партнера) методом ЭКО или путем инъекции сперматозоида в цитоплазму ооцита; культивирование эмбрионов; перенос эмбриона/ов в полость матки; криоконсервация эмбрионов; разморозка криоконсервированных эмбрионов; внутриматочное введение размороженного эмбриона, в том числе донорского. При выполнении программы ЭКО в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования, в случае возникновения показаний, использование донорских ооцитов, донорской спермы, донорских эмбрионов, ПГТ (преимплантационное генетическое тестирование) производится дополнительно за счет личных средств пациента. Предварительно обследование до программы ЭКО/крио переноса может быть проведено в межмуниципальных кабинетах бесплодного брака/женской консультации по месту жительства или за счет личных средств пациента

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. N 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), в том числе после смерти:

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

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

« » _____ 20__ г.

Тест Тест Тест
ФИО пациента

подпись

ФИО медицинского работника

подпись

**Согласие субъекта персональных данных
на обработку его персональных данных**

Я, _____ Тест Тест Тест
Документ удостоверяющий личность Паспорт гражданина РФ, серия: 77 77, № 7777777, выдан: 01.01.2005 г.,
УВД такой-то, № подр.: 666-666

Даю согласие ООО «КИРМ» (далее – Оператор) на обработку персональных данных для осуществления медико-профилактических целей, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг при условии, что обработка персональных данных осуществляется лицами (сотрудниками оператора), связанными с оказанием медицинских услуг и/или занимающихся медицинской деятельностью занимающихся медицинской деятельностью и обязанными в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну по следующему перечню персональных данных: фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии), пол, дата рождения, место рождения, гражданство, данные документа, удостоверяющего личность, место жительства, место регистрации, дата регистрации, страховой номер индивидуального лицевого счета, номер полиса обязательного медицинского страхования застрахованного лица, анамнез, диагноз, сведения об организации, оказавшей медицинские услуги, вид оказанной медицинской помощи, условия оказания медицинской помощи, сроки оказания медицинской помощи, объем оказанной медицинской помощи, результат обращения за медицинской помощью, серия и номер выданного листка нетрудоспособности (при наличии), сведения об оказанных медицинских услугах, примененные стандарты медицинской помощи, сведения о медицинском работнике или медицинских работниках, оказавших медицинскую услугу.

Предоставляю Оператору право осуществлять ведение персонифицированного учета при осуществлении медицинской деятельности. В случае, если Оператор поручит обработку персональных данных другому лицу, ответственность перед субъектом персональных данных за действия указанного лица несет Оператор. Лицо, осуществляющее обработку персональных данных по поручению Оператора, несет ответственность перед Оператором.

Я предоставляю Оператору право обрабатывать персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры, регистры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующим предоставление отчетных данных (документов) по договору ОМС, осуществлять обмен (прием и передачу) персональными данными со страховой медицинской организацией с использованием машинных носителей информации, по защищенному каналу связи и (или) документы на бумажных носителях, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, без специального уведомления меня об этом, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную (служебную) тайну.

Я предоставляю Оператору право на обмен (прием и передачу) всеми моими персональными данными со страховыми организациями, территориальным фондом ОМС

Даю согласие субъекта персональных данных на обработку моих персональных данных в течение срока хранения медицинской карты амбулаторного больного (форма, установленная действующим законодательством) – двадцать пять лет.

Оставляю за собой право отозвать согласие субъекта персональных данных на обработку его персональных данных посредством составления соответствующего письменного заявления, которое будет вручено лично под расписку представителю Оператора или направлено в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении.

Разрешаю предоставлять мою медицинскую информацию (в том числе документацию) всем медицинским работникам и должностным лицам клиники, причастным к данному случаю оказания мне медицинской помощи. Разрешаю использовать мою медицинскую информацию (в том числе документацию) для проведения контроля качества оказания мне медицинской помощи, в том числе с привлечением независимых специалистов.

« » _____ 20__ г.

Тест Тест Тест
ФИО пациента

подпись