**ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ**

**НА ПРОВЕДЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА**

|  |  |
| --- | --- |
| Я,  | нижеподписавшийся  |
|  | (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| « |  | » |  |  |  | г. рождения, зарегистрированный по адресу: |
|  | (дата рождения гражданина либо законного представителя) |  |
|  |
| (адрес регистрации гражданина либо законного представителя)Паспорт серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_номер\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Дата выдачи\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |

 До заключения настоящего договора я подтверждаю, что ознакомлен в наглядной и доступной форме со следующей информацией и мне разъяснены сведения:

- в возможности получения соответствующих видов услуг и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;

- о ближайшей поликлинике, предоставляющей аналогичные услуги по системе ОМС;

- о порядках оказания медицинской помощи и стандартах медицинской помощи, клинических рекомендациях, применяемых при предоставлении платных медицинских услуг, утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации и опубликованных на сайте[**https://cr.minzdrav.gov.ru**](https://cr.minzdrav.gov.ru/)

- о Правилах предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утвержденных постановлением Правительства РФ от 11 мая 2023 года № 736)

- о сроках предоставления и ожидания услуг согласно ПМУ;

- о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинских вмешательств, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;

- о возможности осуществления отдельных медицинских вмешательств в объеме, превышающем стандарт медпомощи;

- о враче, оказывающем медицинскую услугу, его профессиональном образовании и квалификации;

- о перечне платных медицинских услуг с указанием стоимости в рублях;

- об условиях, порядке, сроках, форме предоставления медицинских услуг и порядке их оплаты;

- о порядке сбора, обработки и хранения моих персональных данных;

- о местонахождении, режиме работы Исполнителя, графике работы медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг;

- о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя, (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу) в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя;

- адреса и телефоны органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан, территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека;

- в соответствии с [частью 2 статьи 22](https://base.garant.ru/12191967/94f5bf092e8d98af576ee351987de4f0/#block_2202) Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" я даю свое

**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, (далее — виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи в **Общество с ограниченной ответственностью «Радуга-Мед»**

|  |  |
| --- | --- |
| Медицинским работником |  |
|  | (должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника) |

по результатам осмотра и оценки состояния моего здоровья, в связи с течением заболевания, 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».

Я разрешаю/не разрешаю (ненужное зачеркнуть) предоставлять сведения о фактах моего обращения за медицинской помощью и состоянии здоровья, диагнозе, в т. ч. через регистратуру, а также в случаях неблагоприятного прогноза развития моего заболевания следующим лицам.

 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. № 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) |
|  |  |  |
| (подпись) |  | (фамилия, имя, отчество (при наличии) Пациента) |

- в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона "О персональных данных" от 27.07.2006 N152-ФЗ, статьи 13 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ" подтверждаю свое

**согласие на обработку моих персональных данных**

**Общество с ограниченной ответственностью «Радуга-Мед»** (далее - Оператор) включающих:

фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты паспорта (документа удостоверения личности), место работы, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью и другую информацию - в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг по договору, осуществление иных, связанных с этим мероприятий, а также в целях организации внутреннего учета Оператора, при условии сохранения врачебной тайны. В процессе оказания Оператором мне (представляемому мной лицу) медицинских услуг я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные (персональные данные представляемого мной лица), в том числе составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора в интересах моего обследования, лечения и внутреннего учета Оператора.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, передачу (в страховую медицинскую организацию, организацию-заказчика медицинских услуг в рамках заключенных договоров), обезличивание, блокирование, уничтожение.

Оператор вправе осуществлять следующие способы обработки персональных данных: на бумажных носителях, в информационных системах персональных данных с использованием и без использования средств автоматизации, а также смешанным способом.

 **Настоящее согласие дано мной «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20 \_\_ г. и 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 завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Сведения в электронную базу данных внесены/не внесены: Регистратор \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

 (Подпись, Ф.И.О.)

Пациент (или его законный представитель) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись, фамилия, инициалы)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(реквизиты документа, подтверждающего право представлять интересы Пациента)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| « |  | » |  | г. |
|  | (дата оформления) |  |