

ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ ГРАЖДАНИНА

На медицинское вмешательство и обработку персональных данных

(на основе Приказа Министерства здравоохранения РФ от 20 декабря 2012 г. N 1177н

"Об утверждении порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинских вмешательств, форм информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и форм отказа от медицинского вмешательства" и Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных")

(фамилия, имя, отчество - полностью),

Мне, согласно моей воле, и в соответствии с требованиями ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", в доступной форме медицинским работником дана полная и всесторонняя информация 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. Мне разъяснено, что граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи. При оформлении настоящего добровольного информированного согласия, а также перед осуществлением медицинского вмешательства, в т.ч. все виды физиотерапевтических процедур, включенного в Перечень видов медицинских вмешательств, я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинского вмешательства. Даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие, утвержденный приказом Минздравсоцразвития России от 23 апреля 2012 г. № 390н (зарегистрирован Минюстом России 5 мая 2012 г. № 24082).

Я согласен на:

- Медицинское вмешательство, особенности которого (показания, противопоказания, осложнения и возможные риски) мне разъяснены в Приложении.

Данным согласием я разрешаю сбор моих персональных данных, их хранение, систематизацию, обновление, использование, в т.ч. передачу третьим лицам для обмена информацией в целях проведения медицинского обследования и лечения, а также осуществление любых иных действий, предусмотренных Федеральным законом от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных". До моего сведения доведено, что медицинская организация гарантирует обработку моих персональных данных в соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных". Срок действия данного согласия не ограничен. Мне разъяснено, что согласие может быть отозвано в любой момент по моему письменному заявлению.

« ____ » _____ 20 ____ год

(подпись)

Сведения о выбранных мною лицах, 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

(ФИО доверенного лица, по возможности степень родства и паспортные данные или ссылки на другие документы)

« ____ » _____ 20 ____ год