

СОГЛАСИЕ на обработку персональных данных

Я, _____
(Ф.И.О. полностью)

проживающий(ая) по адресу: _____,

паспорт серия _____ № _____, выдан _____
(дата и название выдавшего органа)

в соответствии с требованиями ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ "О персональных данных", подтверждаю свое согласие на обработку ГБУ РК «СДДР «Морской», расположенным по адресу: 297493, Крым, г. Евпатория, п. Заозерное, ул. Чкалова, 42Б (далее Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, данные о полисе обязательного медицинского страхования, страховой номер индивидуального лицевого счета Пенсионного фонда Российской Федерации (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

Предоставляя. Оператору осуществлять все действия с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, обезличивание, использование, блокирование, уничтожение.

В процессе оказания мне Оператором медицинской помощи я представляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего обследования и лечения. Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе обязательного медицинского страхования на обмен (прием и передачу) моих персональных данных со страховой медицинской организацией и Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Республики Крым с использованием цифровых 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.

Настоящее согласие дано мной и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать мое согласие, которое может быть направлено в письменном виде в адрес Оператора

Подпись субъекта персональных данных (с расшифровкой): _____

Дата: « _____ » _____ 201 ____ г.

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я _____
(фамилия, имя, отчество – полностью)
_____ года рождения, проживающий(ая) по адресу: _____

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан: Я, паспорт: _____, выдан _____

Являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным:
(Ф.И.О. ребенка или недееспособного – полностью, год рождения)

Поставлен(а) в известность, что я госпитализирован в отделение ГБУ РК «СДДР «Морской»: _____
(указать название или профиль отделения)

– Мне согласно моей воли даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания (здоровья представляемого);

– Я ознакомлен(а) с распорядком и правилами лечебно-охранительного режима, установленного в данном лечебно-профилактическом учреждении, и обязуюсь их соблюдать;

– Добровольно даю свое согласие на проведение мне (представляемому), в соответствии с назначениями врача, диагностических исследований: электрокардиографии, ультразвуковых исследований и лечебных мероприятий; прием таблетированных препаратов; инъекций, внутривенных вливаний, физиотерапевтических и бальнеологических процедур, ЛФК, медицинского массажа. Необходимость других методов обследования и лечения будет мне разъяснена дополнительно;

– 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 извещен(а) о том, что мне (представляемому) необходимо регулярно принимать назначенные препараты и другие методы лечения, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых, не прописанных лекарств;

– Я предупрежден(а) и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендации медицинских работников, режима приема препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья;

– 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 (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической и биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств;

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

Подпись пациента _____ / _____
(контактный телефон) (подпись)

Расписался в моем присутствии:
Врач _____

(должность, Ф.И.О.) (подпись)