

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, _____
(фамилия, имя, отчество полностью)
Дата рождения, проживающий/ая по адресу: _____

ТЕЛЕФОН:

Заполняется только на лиц, достигших возраста 15 лет,
больных наркоманией, не достигших возраста 16 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 гражданина – полностью, год рождения)

поставлен (поставлена) в известность, что я (представляемый) госпитализирован/а
в _____ отделение.

- Согласно моей воле, мне даны полные разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания (здоровья представляемого).
- Я ознакомлен (ознакомлена) 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: анализа крови клинического и биохимического, вирусных гепатитов, бледной трепонемы, анализов мочи, электрокардиографии; проведения рентгеновских, ультразвуковых и эндоскопических исследований и лечебных мероприятий; прием таблетированных препаратов, инъекций, внутривенных вливаний, диагностических и лечебных пункций, физиотерапевтических процедур.
- Необходимость других методов обследования и лечения будет мне разъяснена дополнительно.
- Я информирован (информирована) 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 (извещена) 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 (предупреждена) и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций 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 (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 (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, 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 студентами медицинских вузов и колледжей 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.

- Разрешаю, в случае необходимости, предоставить информацию о моем диагнозе, степени тяжести и характере моего заболевания моим родственникам, законным представителям, гражданам (указать Ф.И.О.):

-Разрешаю посещение в лечебном учреждении представляемого ребенка или лица, признанного недееспособным, следующим гражданам (указать Ф.И.О.):

_____ 2021 г. _____
Подпись пациента/законного представителя

Расписался в моем присутствии.

Врач (должность, Ф.И.О) травматолог-ортопед _____ (подпись) _____

ИНФОРМИРОВАНИЕ ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Я, _____ г.р.,
(ФИО пациента/законного представителя)

Этот раздел заполняется на лиц, не достигших возраста 15 лет (больных наркоманией – 16 лет) или недееспособных лиц

Я, паспорт: _____, выдан: _____
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или признанного недееспособным:
(фамилия, имя, отчество ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год рождения)

ПОДТВЕРЖДАЮ, что за истекший период я (представляемый) НЕ ПОСЕЩАЛ Китайской Народной Республики, Республики Кореи, Итальянской Республики, Исламской Республики И Французской Республики, Федеративной Республики Германии, Королевства Испания, а также другие государства с неблагоприятной ситуацией с распространением новой коронавирусной инфекции,

Также подтверждаю, что я (представляемый) НЕ ИМЕЛ (НЕ ИМЕЮ) КОНТАКТА с гражданами которых приняты постановления санитарных врачей об изоляции.

Гражданин _____ (ФИО гражданина, контактный телефон)
Врач _____ (подпись) _____ (ФИО пациента (его законного представителя))
« _____ » _____ 2021 года (подпись) _____ (ФИО медицинского работника)

ИНФОРМИРОВАНИЕ ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Я, _____ г.р.,
(ФИО пациента/законного представителя)

Этот раздел заполняется на лиц, не достигших возраста 15 лет (больных наркоманией – 16 лет) или недееспособных лиц

Я, паспорт: _____, выдан: _____
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или признанного недееспособным:
(фамилия, имя, отчество ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год рождения)

ПОДТВЕРЖДАЮ, что за истекший период я (представляемый) НЕ ПОСЕЩАЛ Китайской Народной Республики, Республики Кореи, Итальянской Республики, Исламской Республики Ира Французской Республики, Федеративной Республики Германии, Королевства Испания, а также другие государства с неблагоприятной ситуацией с распространением новой коронавирусной инфекции,

Также подтверждаю, что я (представляемый) НЕ ИМЕЛ (НЕ ИМЕЮ) КОНТАКТА с гражданами которых приняты постановления санитарных врачей об изоляции.

Гражданин _____ (ФИО гражданина, контактный телефон)
Врач _____ (подпись) _____ (ФИО пациента (его законного представителя))
« _____ » _____ 2021 года (подпись) _____ (ФИО медицинского работника)

СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ОБРАБОТКУ ЕГО ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ
(ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ ПРЕДСТАВЛЯЕМОГО)Я, _____ / / / г.г.
(ФИО гр-на/законного представителя)зарегистрированный(-ая)о адресу: _____
паспорт: _____, выдан: _____

Этот раздел заполняется на лиц, не достигших возраста 15 лет (больных наркоманией – 16 лет), или недееспособных лиц.
Я, паспорт: _____, выдан: _____
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным: _____

(фамилия, имя, отчество ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год рождения)

в соответствии с требованиями ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», конкретизировано и сознательно ДАЮ СОГЛАСИЕ на обработку Государственным бюджетным учреждением здравоохранения Московской области «Жуковская городская клиническая больница», расположенным по адресу: 140180, Жуковский, ул. Фрунзе, д. 1 (далее – оператор),

моих (представляемого) персональных данных в методико-профилактических, исследовательских и статистических целях, в целях оказания мне (представляемому) медицинских услуг, а также при разрешении спорных вопросов в судебном порядке, при условии, что их обработка осуществляется лицами, профессионально занимающимися медицинской и иной деятельностью, специально уполномоченными на то оператором и давшими обязательство о неразглашении персональных данных и сведений, составляющих врачебную тайну.

Под ОБРАБОТКОЙ персональных данных понимается сбор, систематизация, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение сведений: о факте обращения моего (представляемого) за оказанием медицинской помощи, состоянии здоровья и диагнозе, иных сведений, полученных при медицинском обследовании и лечении на бумажном, электронном, аудио-, видео- и ином носителе.

Я свободно, своей волей и в своем интересе ПРЕДОСТАВЛЯЮ ПРАВО оператору обрабатывать мои (представляемые) персональные данные, в т.ч. посредством внесения их в информационные системы, касающиеся персонализированного учета в системе ОМС, осуществлять их обмен со страховыми медицинскими организациями и Территориальным фондом ОМС и пр. с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа.

Данное согласие на обработку моих (представляемого) персональных данных действует по достижении целей обработки, которые могут быть мною запрошены на основании письменного запроса при условии моей идентификации.

Мое (представляемого) согласие на обработку персональных данных может быть отозвано в письменной форме.

Я _____ ДАЮ согласие на использование адреса электронной почты для передачи организацией, осуществляющей обработку фискальных данных/органу государственной власти мне (представляемому) кассового чека или бланка строгой отчетности в электронной форме, а также рассылки оператором сведений информационного характера о работе учреждений оказываемых им услугах и пр. (e-mail: _____).

Гражданин _____

подпись

ФИО пациента (его законного представителя)

« _____ » _____ 2021 года