**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство**

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ г.

   Я, являясь Заказчиком, а в случае, если Заказчиком является несовершеннолетний или недееспособный гражданин, Законным представителем, даю **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 (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082).

   В случае возникновения во время обследования и лечения (в том числе в ходе операции) непредвиденных осложнений, угрожающих моему здоровью, я даю согласие на изменение характера лечения (в том числе объема оперативного вмешательства), проведение срочных диагностических, лечебных и организационных мероприятий, направленных на немедленное устранение всех болезненных состояний независимо от степени их тяжести и угрозы жизни, предусмотренные утверждёнными стандартами оказания медицинской помощи, действующими на территории Российской Федерации.

  Я могу отказаться от обследования и лечения в любой момент, даже после подписания информированного согласия.

 Я утверждаю, что все интересующие меня вопросы мною заданы, все полученные ответы и разъяснения от медицинского персонала мною поняты, возможный риск предстоящего исследования, манипуляции, операции мною осознан.

 Я понимаю, что медицинским персоналом будут приниматься все необходимые меры для моего излечения, но никаких гарантий или обещаний относительно результатов лечения не может быть предоставлено.

  Я понимаю, что мне может быть дана информация о том, кто именно будет выполнять исследование, манипуляцию, операцию, однако мне гарантируется, что данное лицо имеет соответствующую квалификацию и опыт, предусмотренный положениями действующего законодательства Российской Федерации.

 Я знаю, что в моих интересах сообщить медицинскому работнику обо всех имеющихся у меня и известных мне проблемах со здоровьем, аллергических реакциях и индивидуальной непереносимости лекарств, о наличии у меня в прошлом или в настоящее время инфекционного гепатита, туберкулеза, венерических заболеваний (в том числе сифилиса и ВИЧ-инфекции), а также о злоупотреблении алкоголем и/или пристрастии к наркотическим препаратам.

   Я понимаю, что нарушение врачебных рекомендаций, а также сокрытие информации о состоянии моего здоровья может

способствовать развитию местных и/или общих осложнений или даже стать их причиной.

   Я ознакомлен(а) со всеми пунктами настоящего документа и согласен(а) с ними.

Заказчик /Законный представитель

**Согласие на обработку персональных данных**

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ г.

    Я, Субъект персональных данных, а в случае, если Заказчиком является несовершеннолетний или недееспособный гражданин, то Законный представитель  (полные реквизиты и контактные данные представлены в графе «Адреса и реквизиты сторон» Договора) в соответствии с требованиями статьи 9  Федерального закона № 152-ФЗ от 27.07.2006 г. «О защите персональных данных», подтверждаю свое согласие на обработку Исполнителем (полные реквизиты и контактные данные представлены в графе «Адреса и реквизиты сторон» Договора) (далее именуемый как - Оператор), моих (представляемого) персональных данных, включающих:

1) фамилия, имя, отчество; 2) пол; 3) дата рождения; 4) гражданство; 5) данные документа, удостоверяющего личность; 6) место жительства; 7) место регистрации; 8) дата регистрации; 9) анамнез; 10) диагноз; 11) сведения об организации, оказавшей медицинские услуги; 12) вид оказанной медицинской помощи; 13) условия оказания медицинской помощи; 14) сроки оказания медицинской помощи; 15) объем оказанной медицинской помощи; 16) результат обращения за медицинской помощью; 17) сведения об оказанных медицинских услугах; 18) примененные стандарты медицинской помощи; 19) сведения о медицинском работнике или медицинских работниках, оказавших медицинскую услугу; 20) контактный телефон, адрес электронной почты.

    В целях оказания мне (представляемому) медицинских услуг и исполнения Договора об оказании платных медицинских услуг. В процессе оказания Оператором мне (представляемому) медицинских услуг я предоставляю право медицинскому персоналу Оператора передавать мои (представляемого) персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, а также иные вышеуказанные персональные данные иным работникам и/или контрагентам Оператора в целях оказания мне (представляемому) медицинских услуг и исполнения Договора об оказании платных медицинских услуг.

  Предоставляю Оператору право осуществлять любое действие (операцию) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с моими (представляемого) персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных. Оператор вправе обрабатывать мои (представляемого) персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных.

  Срок хранения моих (представляемого) персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов, установленному законодательством РФ.

  Настоящее согласие 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 предоставлении отзыва медицинской услуги, за исключением случаев передачи первичных медицинских документов на хранение в порядке, установленном законодательством РФ.

    Субъект персональных данных (Законный представитель)