

Приложение к договору № _____ от « _____ » _____ 20__ года

Информированное согласие пациента на диагностику и лечение

1. Я, _____
(Ф.И.О. гражданина)

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 № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 № 24082) (далее – Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в ООО «Ивановская клиника офтальмохирургии» медицинским работником _____

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

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 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724, 2012, № 26, ст. 3442, 3446).

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 № 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)

(Ф.И.О. гражданина,

контактный телефон)

2. Я обязуюсь предоставить перед лечением полную и достоверную информацию о состоянии своего здоровья, о принимаемых мною медикаментах, о перенесенных и имеющихся заболеваниях, операциях, травмах, проведенном ранее обследовании (лечении), об имеющихся аллергических и других индивидуальных реакциях и особенностях, а также иные сведения, которые могут сказаться на качестве оказываемых услуг.

3. Я проинформирован (а), что мне для диагностики и лечения может понадобиться проведение поверхностной местной анестезии. Местная анестезия имеет своей целью обезболить медицинские манипуляции. Местная анестезия проводится путем орошения слизистой оболочки анестетиком с целью обеспечения эффекта обезболивания. Последствиями отказа от данной манипуляции могут быть: невозможность выполнения медицинского вмешательства, прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений, появление болевых ощущений. Местная анестезия приводит к временной потере болевой, тактильной и температурной чувствительности в области обезболивания.

4. Мне разъяснено, что применение поверхностной местной анестезии, а также лекарственных средств с диагностической и лечебной целью, может привести к аллергическим реакциям организма на медикаментозные препараты различной степени тяжести.

5. После проведенного обследования мне рекомендовано лечение _____

6. Я получил (а) необходимые разъяснения относительно данного заболевания, предложенного мне объема лечения и возможных его результатах, а также рекомендации о соблюдении режима во время и после него, которые обязуюсь выполнять.

Мне даны подробные разъяснения по поводу того, что:

- несмотря на соблюдение технологии, нельзя исключить возможность осложнений при проведении диагностических и лечебных мероприятий, связанных с факторами риска, как со стороны обследуемого органа или системы, так и с факторами риска общих заболеваний (например, сахарный диабет, гипертоническая болезнь, заболевания сетчатки и другие), а также употреблением алкоголя, курением и др.

- наличие факторов риска, может в ходе проведения лечения, изменить ранее намеченный план лечения (увеличить сроки лечения, потребовать дополнительных этапов лечения и др.).

- несоблюдение рекомендаций врача, режима приема медикаментов, бесконтрольное самолечение могут осложнить лечение и отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

Меня предупредили:

- о необходимости соблюдения режима, регулярного приема препаратов и выполнения процедур, назначенных врачом;

- об обязательном согласовании с врачом приема любых препаратов и выполнения процедур, назначенных врачом;

- об обязательном сообщении врачу о любом ухудшении моего состояния здоровья.

7. Я доверяю врачу принять соответствующее профессиональное решение и выполнять любые медицинские действия, которые врач сочтет необходимыми для установления или уточнения диагноза, улучшения моего состояния и (или) уменьшения риска осложнения.

8. Я подтверждаю, что мне была предоставлена возможность задать все интересующие меня вопросы по поводу моего заболевания, его диагностики, методов и прогнозе лечения. Я получил (а) на них удовлетворительные ответы.

С условиями, правилами и порядком предоставляемых медицинских услуг в клинике ознакомлен.

9. Содержание настоящего документа мною прочитано, разъяснено врачом и полностью мною понято. На основании предоставленной врачом информации, я согласен (согласна) на проведение предложенного мне лечения. Мое решение является свободным и добровольным и представляет собой информированное согласие пациента на диагностику и лечение, что и удостоверяю своей подписью.

Пациент (законный представитель) _____

Врач _____

Дата « _____ » _____ 20__ года

СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных

Я, нижеподписавшийся _____ (Ф.И.О. полностью), в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.06 г. "О персональных данных" № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку ООО «Ивановская клиника офтальмохирургии» (далее – Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, – в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС (договором ДМС), а также при оказании платных медицинских услуг.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств при оказании платных медицинских услуг и по работе в системе ОМС (по договору _____ ДМС...) на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховой медицинской организацией _____ (название) [и территориальным фондом ОМС] с использованием машинных 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.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет (для стационара, пять лет – для поликлиники).

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной _____ (дата) 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.

Подпись субъекта персональных данных _____