Приложение № 2 к Приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12 ноября 2021 г. № 1051н. 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.

Я,_____(Ф.И.О.)
“_____” _____ _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:

_____
(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

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) (далее – Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в .

_____
(полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником _____
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 г. № 323-ФЗ “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации”.

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

_____ _____
(подпись) (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

_____ _____
(подпись) (Ф.И.О. медицинского работника)

“_____” _____ _____ г.

Согласие на обработку персональных данных пациента и присоединение к условиям Договора на оказание платных медицинских услуг

Я,нижеподписавшийся_____,
(Ф.И.О. полностью)
зарегистрированный по адресу: _____,
проживающий по адресу: _____,
документ, удостоверяющий личность_____серия_____номер_____,
выдан_____
в соответствии с требованиями ст.ст.23,24 Конституции РФ, статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», статьи 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» **я даю свое согласие** на обработку
Обществу с ограниченной ответственностью «НИКА», г. Екатеринбург, ул. Первомайская, 114, КЛИНИКА КУЗНЕЦОВОЙ.

(далее – Оператор), моих персональных данных**,** включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты паспорта (документа, удостоверяющего личность), реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), место работы, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью и другую информацию - в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг по договору, осуществление иных, связанных с этим мероприятий, а также в целях организации внутреннего учета Оператора, при условии сохранения врачебной тайны.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, передачу, обезличивание, блокирование, уничтожение.

Оператор вправе осуществлять следующие способы обработки персональных данных: на бумажных носителях, в информационных системах персональных данных с использованием и без использования средств автоматизации, а также смешанным способом.

В процессе оказания Оператором мне медицинских услуг я предоставляю право Оператору передавать мои персональные данные, в том числе составляющие врачебную тайну, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту, в интересах моего обследования, лечения и учета следующим лицам:

- должностным лицам Оператора, а также лицам, обрабатывающим персональные данные с Оператором на основании заключенного с ним договора;

-страховым медицинским организациям (в рамках ОМС), контролирующим органам: ФОМС, ТФОМС, Пенсионный фонд РФ, ФНС, ФСС, Росстату, иным государственным органам.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет двадцать пять лет.

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

Подписывая данное согласие, я присоединяюсь к условиям Договора на оказание платных медицинских услуг, опубликованного на сайте Оператора: http://www.vrach.center., подтверждаю со своей стороны ознакомление с его условиями и добровольное заключение мною указанного Договора, в связи с чем обязуюсь соблюдать все условия указанного Договора.

Настоящее согласие дано мной **«_____»_____20_____г.** и действует бессрочно.
Условием прекращения обработки персональных данных является получение Оператором моего письменного уведомления об отзыве Согласия на обработку моих персональных данных.

Настоящее Согласие вступает в силу со дня его подписания и действует в течение неопределенного срока.

Подпись Пациента_____/ _____

Согласие пациента на обработку данных о Здоровье Пациента и его биометрических данных

г. Екатеринбург «___» _____ 20____ г.

Я, _____(ФИО) паспорт серии _____, номер _____, выдан «____» _____ 20___ г. _____ _____

проживающий (ая) по адресу: _____ даю согласие на обработку данных о Здоровье, биометрических данных (биометрические данные – это физиологические, биологические характеристики человека, позволяющие идентифицировать его личность (фотографии, отпечатки пальцев, снимки, слепки и пр.)) **Обществу с ограниченной ответственностью «НИКА», г. Екатеринбург, ул. Первомайская, 114, КЛИНИКА КУЗНЕЦОВОЙ.** Адрес обособленного подразделения оказания Медицинских услуг: 620049, Россия, Свердловская обл. г. Екатеринбург, ул. Первомайская 114, сайт: http://www.vrach.center. (далее – Клиника).

Обработка данных о моем Здоровье, биометрических данных может осуществляться **только в медико-профилактических целях**: в целях установления медицинского Диагноза, оказания Медицинских и медико-социальных услуг при условии, что обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся Медицинской деятельностью и обязанным в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания Клиникой мне Медицинских услуг я предоставляю право Медицинским работникам передавать данные о моем Здоровье и биометрические данные другим должностным лицам Клиники в интересах моего обследования и Лечения, а также страховым компаниям в целях проведения экспертизы качества оказанной Медицинской помощи и ее оплаты.

Я предоставляю Клинике **право осуществлять все действия (операции) с данными о моем Здоровье, биометрическими данными**, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение данных. Клиника 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 по договорам Добровольного медицинского страхования.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (амбулаторной карты) и составляет пять лет с момента последней явки Пациента, если Лечение было завершено.

Срок действия настоящего согласия – 5 лет. Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Я оставляю за собой **право отозвать свое согласие** посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Клиники по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Клиники.

Я понимаю, что согласно п.2 ст. 9 ФЗ № 152 «О персональных данных» Клиника имеет право продолжить обработку данных о моем Здоровье в указанных целях даже в случае отзыва мною настоящего согласия.

Я понимаю, что в случаях, предусмотренных п.4 ст. 13 ФЗ № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» сведения о моем Здоровье (Здоровье моего ребенка), составляющие врачебную тайну, могут быть переданы без моего согласия иным медицинским учреждениям, органам следствия и суда, органам санитарно-эпидемиологической защиты, военкоматам, органам опеки и попечительства, иным органам государственной власти.

Подпись Пациента_____/ _____