

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, {ФамилияИмяОтчество}, адрес регистрации по месту жительства: {АдресРегистрации}, адрес места фактического проживания: {Адрес}, паспорт {СерияНомерПаспорта}, {Выдан}, {ДатаВыдачи} в соответствии с требованиями ст. 6, 9 Федерального закона от 27.07.2006 «О персональных данных» № 152-ФЗ, подтверждаю своё согласие на обработку в ООО СК ЗВЁЗДНАЯ (Общество с ограниченной ответственностью *Стоматологическая клиника Звёздная*) (далее Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места фактического проживания, контактный телефон, реквизиты полисов обязательного медицинского страхования и добровольного медицинского страхования, страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, данные о перенесенных заболеваниях и случаях обращения за медицинской помощью, - строго в медико-профилактических целях, а именно в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что обработка персональных данных осуществляется строго лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранить врачебную и служебную 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, строго 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 персональных данных.

Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в локальную электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими деятельность Оператора по оказанию медицинских услуг.

Оператор имеет право во исполнение обязательств по оказанию медицинских услуг на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховой медицинской организацией.

И ТФ ОМС по специальным каналам передачи данных, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут строго осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную и врачебную тайну.

Передача моих персональных данных другим организациям регламентируется дополнительными соглашениями (договорами) Оператора и возможна только во исполнение требований Законодательства РФ.

Срок хранения моих персональных данных в локальной базе данных, в банке данных или в хранилище данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет 25 (двадцать пять) лет.

Настоящее согласие дано мной бессрочно с правом отзыва (п. 9-10).

Настоящее согласие вступает в действие с момента его подписания.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие в любое время 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 и зарегистрирован в соответствии с правилами делопроизводства.

Я осведомлен, что в случае отказа от дачи данного согласия, учреждение не будет иметь возможности предоставить мне услуги, оплачиваемые за счет страховых организаций (ОМС и ДМС), поскольку оплата услуг производится на основании реестров, содержащих персонализированную информацию.

Я согласен(на), что все посещения врача для проведения указанного в настоящем согласии медицинского вмешательства, регулируются настоящим документом, начиная с момента его подписания мной, и получение от меня дополнительного согласия при каждом посещении врача не требуется.

Номер контактного телефона {МобТелефон}

Дата {ТекущаяДатаПолная} г. Подпись _____ /{ФамилияИО} /

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)

« _____ » _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:
(дата рождения гражданина либо законного представителя)

_____ (адрес регистрации гражданина либо законного представителя)
проживающий по адресу: _____
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

В отношении _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)
« _____ » _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

_____ (в случае проживания не по месту жительства 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. № 390н¹ (далее — виды медицинских вмешательств, включенных в 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 _____
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) 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 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 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), в том числе после смерти:

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

_____ (подпись) _____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

_____ (подпись) _____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

« _____ » _____ г.
(дата оформления)

Отказ от медицинского вмешательства

Я, _____ « ____ » _____ г. рождения,
(фамилия, имя, отчество (при наличии) и дата рождения гражданина либо законного представителя)
зарегистрированный по адресу: _____
(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

в отношении _____ « ____ » _____ г. рождения,
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента и дата рождения при подписании отказа законным представителем)
при оказании мне (представляемому лицу) первичной медико-санитарной помощи
в _____
(полное наименование медицинской организации)

отказываюсь от следующих видов медицинских вмешательств, включенных 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. № 390н¹: _____
(наименование вида (видов) медицинского вмешательства)

Медицинским работником _____
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)
в доступной для меня форме мне разъяснены возможные последствия отказа от вышеуказанных видов медицинских вмешательств, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния) _____

(указываются возможные последствия отказа от вышеуказанного (вышеуказанных) вида (видов) медицинского вмешательства, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния))

Мне разъяснено, что при возникновении необходимости в осуществлении одного или нескольких видов медицинских вмешательств, в отношении которых оформлен настоящий отказ, я имею право оформить информированное добровольное согласие на такой (такие) вид (виды) медицинского вмешательства.

(подпись) _____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или законного представителя гражданина)

(подпись) _____ « ____ » _____ г.
(фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника) (дата оформления)

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ на анестезиологическое пособие (местное обезболивание)

1. Я, {ФамилияИмяОтчество}, свидетельствую о том, что мне сообщена врачом-стоматологом вся необходимая информация о предстоящем лечении _____ зуба (ов) и что я согласен (а) с названными мне условиями его проведения в ООО СК Звёздная.

Находясь на лечении в медицинской организации, по моему добровольному желанию, прошу провести все необходимые мероприятия и манипуляции, способствующие достижению наиболее безболезненного проведения процедур, связанных с лечением моего стоматологического заболевания. Этот документ содержит необходимую для меня информацию для того, чтобы я ознакомился(ась) с предлагаемым способом обезболивания и мог(ла) либо отказаться от него, либо дать свое согласие на его проведение.

2. Мне сообщено, разъяснено и понятна информация о сути лечения:

что в ходе лечения будет применена анестезия, выбор которой проводит врач, при моем согласии. Мне разъяснено, что местная анестезия имеет своей целью обезболить медицинские манипуляции. Обезболивание проводится в области стоматологического вмешательства и предусматривает одну или несколько инъекций (уколов) с введением анестезирующего вещества. Обезболивание действует местно, т.е. на определенный участок полости рта и близлежащие ткани, включая зубы. Местное обезболивание приводит к временной потере болевой, тактильной и температурной чувствительности тканей в зоне действия анестезии, а также к временному ощущению припухлости этой области и уменьшению подвижности. Длительность эффекта может варьировать от 15 минут до нескольких часов, в зависимости от вида анестетика, способа его введения и индивидуальной восприимчивости организма. Я ознакомлен(а) с сутью метода и действием применяемых лекарственных препаратов, с возможным изменением объема и тактики лечения, в случае изменения состояния моего здоровья, непереносимости мною тех или иных лекарственных препаратов. Альтернативным методом местного обезболивания (анестезии) является отсутствие анестезии или проведение общего обезболивания (наркоз). Последствиями отказа от данной процедуры, может быть невозможность качественного выполнения медицинских манипуляций из-за болезненности процедур, что является следствием проявления боли в момент проведения лечебных мероприятий, при этом, порог болевой чувствительности у каждого человека индивидуален. Я информирован(а) также об основных преимуществах, сложностях и риске анестезии, включая вероятность возникновения осложнений в виде: аллергической реакции, потери сознания (обморок, коллапс), учащения сердцебиения, повышения артериального давления, травматизации нервных окончаний и сосудов (проявляющимися изменением чувствительности, небольшими кровоизлияниями в месте укола), тризма (ограниченное открывание рта) и т.п., которые могут сохраняться в течение нескольких дней или дольше. Действие анестезии может быть затруднено при выраженном стрессе, при употреблении алкогольных или наркотических веществ, некоторых медикаментозных препаратов, индивидуальных особенностях организма. Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы. Вся информация была донесена до меня в понятной и доступной форме. Я прочитал(а) и понял(а) все вышеизложенное и удовлетворен(а) ответами на мои вопросы. Меня устраивает необходимый и достаточный уровень сервиса, соответствующий обычным потребностям пациента при получении данной медицинской услуги и общепринятому порядку предоставления этой услуги. Дополнительные условия мною не выдвигаются. Расширительных требований не имею.

Мною были заданы доктору все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и были получены исчерпывающие ответы, разъяснения.

Я подтверждаю, что прочитал(а) и понял(а) все вышеизложенное.

Я согласен(на), что все посещения врача для проведения указанного в настоящем согласии медицинского вмешательства, регулируются настоящим документом, начиная с момента его подписания мной, и получение от меня дополнительного согласия при каждом посещении врача не требуется.

Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.

Подпись пациента _____ {ТекущаяДатаПолная} г.
(или его законного представителя) {СерияНомерПаспорта}

Подпись врача _____ {ФамилияИмяОтчествоВрача}