г.Челябинск

**Общество с ограниченной ответственностью**

**«Полимедика Челябинск»**

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ

на обработку персональных данных, медицинское вмешательство и на отказ от медицинского вмешательства

« \_»\_\_\_\_\_\_20\_\_г.

Настоящее информированное добровольное согласие пациента составлено в соответствии со статьями 13, 19, 20, 22, 27 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

1. Мне\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Фамилия, Имя, Отчество пациента — полностью) дата рождения регистрация

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Фамилия, Имя, Отчество дата рождения, регистрация законного представителя пациента — полностью)

разъяснены состояние моего здоровья (здоровья пациента) и характер необходимых диагностических и лечебных мероприятий, соответствующих установленному и объявленному мне (пациенту) диагнозу моего (пациента) заболевания и стадии его развития.

1. Настоящим я доверяю лечащему врачу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (далее -Врач) и его коллегам выполнять все необходимые мне (пациенту) медицинские вмешательства\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. 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.
3. Я предупрежден(а) о лучевой нагрузке во время выполнения ренгендиагностических исследований.
4. Я предупрежден(а) о возможности необычных, в том числе аллергических реакций на применяемые лекарственные препараты и вакцины.
5. Мне разъяснено, что в ходе выполнения медицинских действий, проводимых мне (пациенту), может возникнуть необходимость выполнения других вмешательств, исследований, операций и иных лечебных мероприятий, не указанных п.п. 1 и 2 настоящего информированного добровольного согласия. Я доверяю Врачу и его коллегам принять соответствующее профессиональное решение и выполнить любые действия, которые врач сочтет необходимыми для установления или уточнения моего диагноза, улучшения моего состояния.
6. Я разрешаю Врачу и его коллегам делать фотографии, слайды, видеозаписи и иные документы, связанные с моим лечебно-диагностическим процессом, и использовать их для научных и образовательных целей.
7. Об условиях получения данной медицинской услуги по программе ОМС информирован(а).
8. Я ознакомлен(а) с правилами поведения для пациентов и правилами оказания медицинских услуг в ООО «Полимедика Челябинск» и обязуюсь соблюдать их.
9. В случае неблагоприятного прогноза развития заболевания информацию об этом доверяю сообщить\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. лица, которому пациент доверяет право получения информации)

контактный телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_адрес:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

1. Я даю согласие на ознакомление с моей медицинской картой пациента, результатами обследования и другими медицинскими данными врачам-специалистам, не являющихся сотрудниками ООО «Полимедика Челябинск» исключительно для проведения консультаций, рецензирования, проведения врачебных/клинико-экспертных и лечебно-контрольных комиссий.
2. Я подтверждаю, что прочитал(а) и понял(а) все вышеизложенное, имел(а) возможность обсудить с врачом все интересующие и непонятные мне вопросы, связанные с лечением моего (пациента) заболевания и последующего реабилитационного периода. На все заданные вопросы я получил(а) удовлетворившие меня ответы и у меня не осталось невыясненных вопросов к Врачу.
3. Содержание настоящего документа мною прочитано, разъяснено мне Врачом, оно мне полностью понятно, что я и удостоверяю своей подписью. Мне понятен смысл всех терминов, на меня не оказывалось давления и я осознанно принимаю решение о проведении мне (пациенту) медицинского вмешательства.
4. Мое решение является свободным и добровольным и представляет собой информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства.
5. В соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», в целях обеспечения соблюдения законов РФ и иных нормативных правовых актов; предоставления сведений в ООО «МедКарта» для пользования сервисами системы «OnDoc», **даю согласие** на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку моих персональных данных, а именно совершение действий, предусмотренных пунктом 3 статьи 3 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».

Пациент\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

подпись Фамилия, Имя, Отчество (полностью)

1. В случае невозможности подписания настоящего документа пациентом вследствие его недееспособности - подпись законного представителя:

Законный представитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись Фамилия, Имя, Отчество -полностью

1. Я свидетельствую, что разъяснил пациенту/законному представителю пациента суть, план лечения, риск проведения лечения, дал ответы на все вопросы, включая вопросы альтернативного лечения.

Врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

подпись Фамилия, Имя, Отчество (полностью)

**Заполняется в случае отказа от медицинского вмешательства:**

От проведения указанных в п.2 настоящего документа медицинских вмешательств, а

именно:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_отказываюсь.

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

В доступной для меня форме Мне разъяснены возможные последствия такого отказа, а именно: поздняя или диагностика заболевания, позднее лечение, нетрудоспособность (временная или полная утрата трудоспособности, инвалидность), летальный исход,

. 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 вид (такие виды) медицинского вмешательства.

что я и удостоверяю своей подписью:

Пациент\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Подпись (Фамилия, Имя, Отчество пациента- полностью)

В случае невозможности подписания настоящего документа пациентом вследствие его недееспособности или недостижении возраста 15 лет - подпись законного представителя (родителей, опекуна):

Законный представитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

подпись Фамилия, Имя, Отчество -полностью

Врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_