

## Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, \_\_\_\_\_

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 РФ от 23 апреля 2012 г. N 390н (далее — виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи в ООО МЦ «Надежда». 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 ФЗ от 21 ноября 2011 г. N 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. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан 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)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество медицинского работника)

Дата: \_\_\_\_\_

Подпись: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

## Согласие на обработку персональных данных

Я, \_\_\_\_\_

соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» принял решение о предоставлении моих персональных данных и настоящим даю свободно, своей волей и в своем интересе согласие Обществу с ограниченной ответственностью МЦ "НАДЕЖДА" адрес места нахождения: 392000, Россия, Тамбовская область, г. Тамбов, ул.Магистральная,д.10А, этаж 3, помещение 5, ОГРН 1126829002024, ИНН 6829081500, КПП 682901001 (далее Оператор) на обработку моих персональных данных и на распространение (передачу, предоставление) моих персональных данных, в том числе составляющих врачебную тайну, медицинским организациям, привлекаемым Оператором для проведения лабораторных исследований, клинических лабораторных исследований (далее - лабораторные исследования), и осуществляющим медицинскую деятельность на основании лицензии, предусматривающей выполнение работ (услуг) по клинической лабораторной диагностике и (или) лабораторной диагностике, а именно: обществу с ограниченной ответственностью «БИОН» (сокращённое наименование: ООО «БИОН»), адрес места нахождения: 127106, город Москва, Гостиничный проезд, дом 4А, стр. 1, ОГРН 1107746112880, ИНН 7715797877, КПП 771501001; обществу с ограниченной ответственностью «Научно-производственная Фирма «ХЕЛИКС» (сокращённое наименование: ООО «НПФ «ХЕЛИКС»), адрес места нахождения: 194044, город Санкт-Петербург, Большой Сампсониевский проспект, дом 20, лит. А, ОГРН 1027801545925, ИНН 7802122535, КПП 780201001; обществу с ограниченной ответственностью «Лаборатория срочных медицинских анализов» (сокращённое наименование: ООО «ЦитоЛаб»), адрес места нахождения: 392000, Тамбовская область, город Тамбов, улица Московская, дом 90, помещение 25, ОГРН 1176820000433, ИНН 6829129092, КПП 682901001, Обществу с ограниченной ответственностью «Научно-методический центр клинической лабораторной диагностики Ситилаб» (сокращённое наименование: ООО «Научно-методический центр клинической лабораторной диагностики Ситилаб»), адрес места нахождения: 123308, г. Москва, ш. Хорошёвское, д. 43Г, стр. 1, комната 1, ОГРН 1107746923613, ИНН 7714822471, КПП 771401001 (далее вместе именуемые - медицинские организации), а также любым лицам, имеющим доступ к моей электронной почте (в случае направления лабораторных исследований, клинических лабораторных исследований на адрес электронной почты, указанный в договоре оказания платных медицинских услуг). Категории и перечень персональных данных, на обработку которых дается данное согласие: общие персональные данные - фамилию, имя, отчество (при наличии); пол; дата рождения; место рождения; гражданство; данные документа, удостоверяющего личность; место жительства; место регистрации; дата регистрации; место фактического проживания; почтовый адрес; семейное положение; образование; занятость; место работы, должность; номер медицинской карты; страховой номер индивидуального лицевого счета, принятый в соответствии с законодательством Российской Федерации об индивидуальном (персонифицированном) учете в системе обязательного пенсионного страхования; номер полиса обязательного медицинского страхования застрахованного лица; номер полиса добровольного медицинского страхования; состав семьи; состояние в браке; стоимость оказанных медицинских услуг; номер телефона; адрес электронной почты; специальные категории персональных данных – диагноз; код диагноза; анамнез; факт обращения за оказанием медицинской помощи; сведения о факте, времени, частоте обращений в медицинскую организацию; номер заказа; номер образца; данные договора оказания медицинских услуг; состояние здоровья; данные о принимаемых лекарственных препаратах; биологические факторы, которые могут влиять на результат исследований; наименование лабораторных исследований; вид биоматериала; тип пробы или указание локализации, откуда был взят биоматериал, и способ взятия; эпидемиологическая информация; дата и время назначения лабораторного исследования; дата и время взятия биоматериала; дата и время доставки биоматериала; дата и время выдачи результата лабораторных исследований; номер заказа; номер образца; фамилию, имя, отчество (при наличии) и должность медицинского работника, назначившего лабораторное исследование; наименование медицинской организации, которая направляет биоматериал для проведения лабораторного исследования; наименование медицинской организации, в которую направляется биоматериал для проведения лабораторного исследования; контактный телефон (при наличии), адрес электронной почты (при наличии) лечащего врача или сотрудника медицинской организации, направившего биоматериал; результат лабораторного исследования; информация о медицинском изделии, с использованием которого проводилось исследование (наименование медицинского изделия, номер и дата регистрационного удостоверения, наименование производителя, дата производства, номер серии /партии медицинского изделия); сведения о медицинском работнике или медицинских работниках, которые проводят лабораторный исследования; сведения о результатах лабораторных исследований; группа крови; Rh-фактор; группа здоровья; инвалидность; состояние здоровья; данные о лечении и реабилитации; данные об интимной жизни; данные лабораторного и инструментального обследования; противопоказания; перенесенные заболевания; сопутствующие заболевания; аллергические реакции; примененные порядки и стандарты медицинской помощи; примененные клинические рекомендации; условия оказания медицинской помощи. Целью обработки персональных данных является оказание медицинских услуг. Я даю согласие на совершение Оператором, медицинскими организациями, а также любыми лицами, имеющими доступ к моей электронной почте (в случае направления лабораторных исследований, клинических лабораторных исследований на адрес электронной почты, указанный в договоре оказания платных медицинских услуг) любых действий (операций) или совокупности действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных. Категории и перечень персональных данных, для обработки которых я устанавливаю условия и запреты, а также перечень устанавливаемых условий и запретов

Условия, при которых полученные персональные данные могут передаваться Оператором только по его внутренней сети,обеспечивающей доступ к информации лишь для строго определенных сотрудников, либо с использованием информационно-телекоммуникационных сетей, либо без передачи полученных персональных данных

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 и описью вложения либо вручен лично под расписку Оператора. Мое согласие на обработку персональных данных является конкретным, предметным, информированным, сознательным и однозначным.

Дата:

Подпись: / \_\_\_\_\_ /