

ГАУЗ МНПЦ МРВСМ ДЗМ

**Информированное добровольное согласие на проведение предварительного и периодического медицинского осмотра**

Я, Иванов Иван Иванович  
 (Ф.И.О. гражданина)  
 Законный представитель Иванова Сергей Ивановича  
 «01» 01 2010 г. рождения, проживающего по адресу: г. Москва, ул. Иванова, 3-15  
 (адрес места жительства гражданина)

В соответствии с Приказом МЗСР РФ от 01.03.2016 г. N 134-н **даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств определенного вида, предложенные мне.**

**Перечень видов медицинского вмешательства:**

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза. 2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование. 3. Антропометрические исследования. 4. Термометрия. 5. Тонометрия. 6. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций. 7. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций. 8. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы). 9. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические. 10. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, реоэнцефалография, электроэнцефалография, ЭКГ-нагрузочные тесты. 11. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, маммография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования. **12. ВЭМ при педалировании (с периодами отдыха, без периодов отдыха), осуществляемых в филиале № 6 ГАУЗ МНПЦ МРВСМ ДЗМ**

Необходимость других методов обследования и лечения будет мне разъяснена дополнительно

Я также даю согласие на обработку необходимых персональных данных, в объеме и способами, указанными в п. 1, 3 ст. 3, ст. 11 Федерального закона № 152-ФЗ «О персональных данных».

1. Я поставил(а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, пищи, бытовой химии, пыльцы цветов; обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, анестезиологических пособиях; об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств. В доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ним риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи;

2. Мне объяснена цель выполняемого медицинского вмешательства, его необходимость, характер и особенности его проведения, а также мне разъяснено о моих действиях во время его проведения;

3. Мне разъяснено о факторах риска и я понимаю, что проведение медицинского вмешательства сопряжено с риском развития осложнений и нарушений со стороны систем жизнедеятельности организма;

4. Мне разъяснено, что во время медицинского вмешательства могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения, в случае которых, вид и тактика выполнения медицинского вмешательства могут быть изменены;

5. Кроме того, я информирован(а), что фото и видеоматериалы, полученные во время медицинского вмешательства, могут быть использованы в научных целях и в образовательном процессе, в случае неразглашения моих личных данных;

6. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от данного вида медицинского вмешательства, или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (собрание законодательств Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446)

Я разрешаю передать информацию о состоянии моего здоровья следующим лицам:

Меня информировал врач **ОСМ** \_\_\_\_\_  
 (должность, Ф.И.О. лечащего врача, либо иного медицинского работника, участвующего в оказании медицинской помощи)

Меня информировал врач **ОФД** \_\_\_\_\_  
 (должность, Ф.И.О. лечащего врача, либо иного медицинского работника, участвующего в оказании медицинской помощи)

1. Я ознакомлен(а) с Перечнем видов медицинских вмешательств, в доступной для меня форме мне даны разъяснения о целях, методах проведения предварительного и периодического медицинского осмотра, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

2. Я удостоверяю, что текст настоящего добровольного информированного согласия мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения удовлетворяют.

Иванов Иван Иванович «24» 08 2018 г. (Ваша дата)  
 (подпись) (Ф.И.О. гражданина, либо законного представителя гражданина) (дата оформления)  
 \_\_\_\_\_ г.  
 (подпись) (Ф.И.О. лечащего врача либо иного медицинского работника, (дата оформления)



**СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ В ГОСУДАРСТВЕННОМ  
АВТНОМНОМ УЧРЕЖДЕНИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ «МОСКОВСКИЙ  
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ,  
ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ И СПОРТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ ДЕПАРТАМЕНТА  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ»**

(далее – ГАУЗ МНПЦ МРВСМ ДЗМ)

Я, Иванов Иван Иванович  
(Ф.И.О. полностью), проживающий по адресу (месту регистрации):  
г. Москва, ул. Иванова, 3-15

паспорт серия и номер 4510 001000, дата выдачи 01.01.2007 название  
выдавшего органа ОУФМС России

в соответствии с требованиями ст. 9 Федерального Закона № 152-ФЗ от 27.07.06 г. "О персональных данных", подтверждаю свое согласие на обработку ГАУЗ МНПЦ МРВСМ ДЗМ (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), паспортные данные, 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).

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств на обмен (прием и передачу) моими персональными данными 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 «      » 20 г. 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 Иванов И.И.

Расписався в моем присутствии: \_\_\_\_\_ (должность, ФИО)