Информированное согласие
на обработку персональных данных пациента
лечебно - профилактического учреждения г.Севастополе,
а также иных субъектов персональных данных

г. Севастополь «_____» _____ 20___г.

Я, _____
Фамилия, имя, отчество (при наличии)

Зарегистрированный (ная) по адресу_____

Паспорт серия № _____, выдан _____

_____
(дата выдачи) (кем выдан)

свободной волей своей и в своих интересах даю согласие уполномоченным должностным лицам на обработку (любое действие/операцию или совокупность 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) следующих персональных данных: фамилия, имя, отчество, дата и место рождения; гражданство; прежние фамилия, имя, отчество; выполняемая работа и должность; степень родства, фамилии, имена, отчества, даты рождения близких родственников (отца, матери, братьев, сестер и детей), а также мужа/жены); адрес регистрации и фактического проживания; паспорт (серия, номер, кем выдан); документ о праве на льготы (серия, номер, кем и когда выдан); номер телефона; идентификационный номер налогоплательщика; номер страхового свидетельства обязательного страхования; наличие (отсутствие) заболеваний, подтвержденных заключением медицинского учреждения и/или учреждения и/или учреждения медико-социальной экспертизы; сроки и причины стационарного и/или амбулаторного лечения; результаты медицинских осмотров(обследований), а также психиатрического и наркологического освидетельствования.

Вышеуказанные персональные данные предоставляю для обработки в целях обеспечения соблюдения в отношении меня законодательства Российской Федерации в сфере отношений, связанных с оказанием медицинской и/или медико-социальной помощи.

Я ознакомлен(а), что:

1) согласие на обработку персональных данных действует с даты подписания настоящего согласия;

2) согласие на обработку персональных данных может быть отозвано на основании письменного заявления в производственной форме;

3) в случае отзыва согласия на обработку персональных данных, уполномоченные учреждения и должностные лица вправе продолжить обработку персональных данных без согласия при наличии оснований указанных в пунктах 2-11 части 1 статьи 6, части 2 статьи 11 Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных»;

4) после достижения целей обработки персональных данных персональные данные хранятся в течение срока хранения документов, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации;

5) персональные данные, предоставляемые в отношении третьих лиц, будут обрабатываться только в целях осуществления возложенных законодательством Российской Федерации на уполномоченные учреждения, органы и должностных лиц функций, полномочий и обязанностей.

6) конфиденциальность персональных данных соблюдается в рамках исполнения учреждениями, органами и должностными лицами законодательства Российской Федерации.

Дата начала обработки персональных данных: _____
(число, месяц, год) *(подпись)*

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство в отношении определенного вида вмешательства

Я, _____
(Ф.И.О. гражданина, одного из родителей, иного законного представителя)
“ ____” _____ _____ г. рождения,

проживающий по адресу: _____
(адрес гражданина, одного из родителей, иного законного представителя)
даю информированное добровольное согласие на предложенное мне, моему ребенку, лицу, чьим законным представителем я являюсь (ненужное зачеркнуть)

_____
(Ф.И.О. ребенка, лица, от имени которого, выступает законный представитель)
“ ____” _____ _____ г. рождения,

проживающему по адресу: _____
(адрес ребенка, лица, от имени которого, выступает законный представитель)
медицинское вмешательство _____
(наименование вида медицинского вмешательства)
Медицинским работником _____
(должность, Ф.И.О. медицинского работника)
в доступной для меня форме мне даны разъяснения о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предлагаемых результатах оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что перед осуществлением медицинского вмешательства я имею параво отказаться от медицинского вмешательства.

_____ _____
(Подпись) (Ф.И.О. гражданина, одного из родителей, иного законного представителя)
_____ _____
(Подпись) (Ф.И.О. медицинского работника)

‘_____” _____ _____ г.
(Дата оформления добровольного согласия)

Добровольное согласие па предоставление медицинских услуг на платной основе

Главному врачу ГБУЗС «Городская больница № 9»

На основании статьи 84 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 30.05.2026 №659 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» я, _____ желаю получить платные медицинские услуги в ГБУЗС «Городская больница № 9».

Я получил(а) полное и всестороннее разъяснение о предлагаемых диагностических мероприятиях, медицинском осмотре и лечении моего заболевания.

Мне разъяснено, что я могу получить бесплатно медицинские услуги**,** в рамках системы обязательного медицинского страхования, в порядке и на условиях, предусмотренных территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи на территории г.Севастополя.

Мне также разъяснено, что я могу получить медицинские услуги на иных условиях, предусмотренных территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и (или) целевыми программами.

Я ознакомлен(а) с действующим прейскурантом цен и согласен(на) оплатить стоимость указанной медицинской услуги , в соответствии с ним, за счет своих личных средств и иных источников дохода, не запрещенных действующим законодательством.

Я ознакомлен(а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены и мною поняты.

Информацию до пациента довел бухгалтер _____ Стрельцова Е.В.
Должность, ФИО, подпись

«___» _____202__г. _____
(подпись потребителя медицинской услуги)