

**Областное бюджетное учреждения здравоохранения
«Ивановский областной клинический центр медицинской реабилитации»
Отделение спортивной медицины.**

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ВИДЫ МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ.

В соответствии со статьёй 20 Федерального закона №323-ФЗ от 21.11.2011г. «Об основах здоровья граждан в Российской Федерации» необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача в письменной форме информированного добровольного согласия (отказа) гражданина или его законного представителя на медицинское вмешательство.

Я, _____

(фамилия, имя, отчество полностью)

являясь законным представителем ребёнка (мать, отец, усыновитель, опекун)

(фамилия, имя, отчество полностью, дата рождения)

возраст _____

(полных лет)

получив от медицинского работника ОБУЗ «ИОКЦМР»

(фамилия, имя, отчество)

информацию о медицинском вмешательстве, даю согласие на:

- клинический осмотр врачей специалистов,
- осмотр врача психотерапевта,
- функциональные обследования (электрокардиограмма, велоэргометрия, спирография, ультразвуковая диагностика и др.),
- лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические,
- применения физиотерапевтических методов лечения, лечебной физкультуры, медицинского массажа иглорефлексотерапии.

Мне в доступной понятной для меня форме 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, правила подготовки к лабораторным исследованиям и возможные погрешности в результатах при их несоблюдении, вероятные риски манипуляций (боль или дискомфорт при введении иглы, гематома в области пункции вены, обморок и пр).

Я имел(а) возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получил(а) исчерпывающие ответы.

Мне также 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. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2012, N 26, ст. 3442, 3446).

Сведения о выбранных мною лицах, 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).

(фамилия, имя, отчество гражданина, контактный телефон)

подпись

(фамилия, имя, отчество гражданина или законного представителя гражданина)

подпись

(фамилия, имя, отчество медицинского работника)

Дата оформления _____

**Областное бюджетное учреждения здравоохранения
«Ивановский областной клинический центр медицинской реабилитации»
Отделение спортивной медицины.**

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, _____

(фамилия, имя, отчество)

проживающий по адресу: _____

паспорт: _____

(серия, номер, дата выдачи, кем выдан)

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона №152-ФЗ от 27.07.2006г. «О персональных данных», даю своё согласие на обработку ОБУЗ «Ивановский областной клинический центр медицинской реабилитации», (далее-оператор) моих персональных данных, или персональных данных моего ребёнка (нужное подчеркнуть)

(фамилия, имя, отчество, дата рождения)

включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, электронный адрес, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счёта в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью (далее-Персональные данные), в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания Оператором медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать Персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора или другим Операторам, в интересах обследования и лечения, а также осуществлять все действия (операции) с Персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать Персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включая в списки (реестры) и отчётные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчётных данных (документов). Я оставляю за собой право отозвать своё согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручён лично под расписку представителю Оператора.

Подпись _____

Дата _____