**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**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. гражданина)

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г. р,  адрес регистрации\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 (адрес места жительства гражданина, либо  законного представителя)

Документ, удостоверяющий личность\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(ФИО ребенка, гражданина)

 "\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г.р., адрес регистрации\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Документ, удостоверяющий личность\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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 Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н (далее - Перечень), **для** *(ненужное зачеркнуть)***:**

**- *получения первичной медико-санитарной помощи***

***- получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого  я являюсь***

в **ООО ЛКЦ "ГЕРА".**

Медицинским работником ООО ЛКЦ "ГЕРА" 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 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 3 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии *(ненужное зачеркнуть)*

**- *моего здоровья***

***- или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь***

**V**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
 (Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

**V** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
(подпись) (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
(подпись) (Ф.И.О. медицинского работника)

**V**"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г. (дата оформления)

\*. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические.

## **СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ**

**ДАЮ СОГЛАСИЕ ООО ЛКЦ «ГЕРА»,** юридический адрес: г.Сыктывкар, ул.Орджоникидзе, д.29 **НА ОБРАБОТКУ** ( включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение) **МОИХ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ** (фамилия, имя, отчество, дата и место рождения, адрес, семейное, социальное положение, образование, профессия, диагноз заболевания, данные обследования, категорию инвалидности) **с использованием средств автоматизации.**

\* Обработка персональных данных осуществляется ООО ЛКЦ «ГЕРА» с целью обеспечения соблюдения требований законов и иных нормативно-правовых актов, использования в медицинской, статистической, финансовой, управленческой, административной и иной не запрещенной законом деятельности, а также предоставления сторонним лицам в рамках требований законодательства (в государственные, муниципальные органы управления, страховые организации, органы дознания, следствия прокуратуры, суда) в связи с организацией оказания медицинской помощи, осуществления контроля качества ее оказания.

Обработка, передача персональных данных разрешается на период действия договора на оказание платных медицинских услуг, срока действия страхового полиса и указанных выше правоотношений, а также на срок, установленный нормативно-правовыми актами РФ и на 5 лет с момента последнего обращения за медицинской помощью.

Мне разъяснено, что настоящее согласие (заявление) может быть мною отозвано с даты, указанной в письменном заявлении об отзыве согласия на обработку персональных данных. (фз №152 ст..9 ч.1)

ОБ ответственности за недостоверность представленных сведений предупрежден (а).

Подпись пациента **V**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/**V**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Анкета Пациента**   |  |  |  | | --- | --- | --- | | e-mail: | | | | Температура тела на дату взятия биоматериала: |  | | |  | **ДА** | **НЕТ** | | Страдаете ли вы хроническими заболеваниями бронхо-лёгочной, сердечно-сосудистой и эндокринной системы? Каким\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  | | Посещали ли Вы в ближайшие 14 дней эпидемиологически неблагополучные с точки зрения распространения короновируса COVID-19 страны и регионы? |  |  | | Имели ли Вы контакты за последние 14 дней с лицами, прибывшими из эпидемиологически неблагополучных с точки зрения распространения короновируса COVID-19 стран и регионов? |  |  | | Имели ли Вы контакты за последние 14 дней с лицами, находящимися на лечении и / или под наблюдением по инфекции, вызванной короновирусом COVID-19? |  |  | | Отмечаете ли Вы у себя наличие признаков острых респираторных вирусных инфекций (ОРВИ), внебольничной пневмонии, таких как: |  |  | |          Повышенная температура тела (выше 37,1 С) |  |  | |          Кашель |  |  | |          Насморк |  |  | |          Затруднённое дыхание / боли в груди |  |  | | Принимаете ли Вы в настоящий момент противовирусные препараты? |  |  | | Подтверждаете ли Вы, что в течение 2-х часов, предшествующих взятию биоматериала, отсутствовали приёмы пиши (вкл. жевательную резинку) и горячего питья? |  |  | | |
|  |  | |  |

Подпись пациента **V**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ « » \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года