**СОГЛАСИЕ**

**на обработку персональных данных**

**Субъект персональных данных**, {{ ФИО\_пациента }}, {{ дата\_рождения }}г.р.

Паспорт: {{ паспорт }}

Полис ОМС: {{ полис\_ОМС }}

Зарегистрированный(-ая) по адресу: {{ адрес }}

место фактического проживания: {{ адрес }}

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. "О персональных данных" № 152-ФЗ, **даю свое согласие на обработку моих персональных данных**.

**Наименование и адрес оператора, получающего согласие субъекта персональных данных:**

ГБУЗ ПЕРМСКОГО КРАЯ "ГОРОДСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА ИМ. СИМХИ НАФТОЛИЕВИЧА ГРИНБЕРГА"

Адрес места нахождения: 614042, РОССИЯ, ПЕРМСКИЙ КРАЙ, Г ПЕРМЬ, ПОБЕДЫ УЛ, д 41

**Цель обработки персональных данных:** оказание медицинских услуг (в том числе в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза) и осуществление иных, связанных с этим мероприятий.

**Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие субъекта персональных данных:** фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, другая информация.

**Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие, общее описание используемых оператором способов обработки персональных данных:** 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, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС (договором ДМС), в том числе вправе обмениваться (принимать и передавать) персональными данными со страховой медицинской организацией и территориальным фондом ОМС, иными организациями (в случаях, предусмотренных законом) с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа.

**Срок, в течение которого действует согласие:** бессрочно.

**Способ отзыва согласия:** посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

{{ дата\_поступления }} ٧ /{{ ФИО\_пациента }}/

Подпись пациента расшифровка подписи

Если пациент по каким либо причинам не может собственноручно подписать данный документ, настоящий документ заверяется двумя подписями сотрудников организации:

{{ дата\_поступления }} ٧ /{{ ФИО\_врача }}/

Подпись расшифровка подписи

{{ дата\_поступления }} ٧ /{{ зав\_отделением }}/

Подпись расшифровка подписи

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПЕРМСКОГО КРАЯ   
«ГОРОДСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА ИМ. С.Н.ГРИНБЕРГА»

**Отделение медицинской реабилитации**

Информированное добровольное согласие на госпитализацию

Я **{{ ФИО\_пациента }}, {{ дата\_рождения }}г.р.**, проживающий(ая) по адресу: {{ адрес }},

|  |
| --- |
| **Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:** Я, паспорт:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребёнка или лица, признанного недееспособным: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (ФИО ребенка или недееспособного гражданина полностью, год рождения)  на основании: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (реквизиты документа, подтверждающего право представлять интересы пациента) |

пациент организации здравоохранения или законный представитель пациента настоящим подтверждаю, что в соответствии с моей волей, в доступной для меня форме проинформирован(а) о состоянии cвоего здоровья или здоровья, а именно, о нижеследующем:

-о наличии, характере, степени тяжести и возможных осложнениях заболевания

{{ МКБ }} {{ МКБ\_расшиф }}

установленный и/или предварительный диагноз в соответствии с МКБ

-о необходимости госпитализации;

-об общем плане обследования и лечения;

-о цели, характере, ходе и объеме планируемого обследования, способах его проведения в ходе госпитализации;

-о методах лечения, которые будут применяться в ходе госпитализации;

-о плане предполагаемого медикаментозного лечения и действия лекарственных средств, в том числе о возможном изменении медикаментозной терапии в случае непереносимости тех или иных лекарственных средств;

-о прогнозе и методах дальнейшего лечения заболевания в зависимости от изменения состояния здоровья, требующего изменения тактики лечения, в том числе о необходимости и целесообразности применения в дальнейшем тех или иных лекарственных средств и других методов лечения.

Я уполномочиваю врачей выполнить любую процедуру или дополнительное вмешательство, которые могут потребоваться в целях моего (представляемого мною лица) обследования и лечения, а также в связи с возникновением непредвиденных ситуаций.

Со мной обсуждены последствия отказа от обследования и лечения. Мне разъяснено, что в случаях, когда состояние пациента не позволяет ему выразить свою волю, а необходимость проведения лечения будет неотложна, вопрос о медицинском вмешательстве, о его виде и тактике проведения, в том числе дополнительном вмешательстве, в интересах пациента решает консилиум, а при невозможности собрать консилиум – непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением должностных лиц организации здравоохранения и законных представителей.

Я осознаю, что проводимое лечение не гарантирует полного выздоровления, что для лучшего результата необходимо проходить медицинские обследования для контроля за моим состоянием здоровья.

Я предупрежден(а), что за грубое нарушение режима организации здравоохранения могу быть досрочно выписан(а) из организации здравоохранения.

Получив полные и всесторонние разъяснения, включая исчерпывающие ответы на заданные мной вопросы, и имея достаточно времени на принятие решения о согласии на предложенное мне (представляемому мною лицу) обследование и лечение, подтверждаю, что мне понятны используемые термины, суть моего заболевания и опасности, связанные с дальнейшим развитием этого заболевания, добровольно даю свое согласие на госпитализацию.

Подбор и осуществление медикаментозного и других видов лечения доверяю своему лечащему врачу

{{ ФИО\_врача\_полностью }}

фамилия, имя, отчество

Я удостоверяю, что текст моего информированного добровольного согласия на госпитализацию мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют.

{{ дата\_поступления }} ٧ /{{ ФИО\_пациента }}/

Подпись пациента расшифровка подписи

(законного представителя)

Настоящий документ оформлен мной

{{ ФИО\_врача\_полностью }}

лечащий врач, зав. отделением ЛПУ, другой специалист, принимающий непосредственное участие в обследовании и лечении

по результатам предварительного информирования пациента (законного представителя) о состоянии его здоровья (здоровья представляемого).

{{ дата\_поступления }} ٧ /{{ ФИО\_врача }}/

Подпись расшифровка подписи

Если пациент по каким-либо причинам не может собственноручно подписать данный документ, настоящий документ заверяется двумя подписями сотрудников организации:

{{ дата\_поступления }} ٧ /{{ ФИО\_врача }}/

Подпись расшифровка подписи

{{ дата\_поступления }} ٧ /{{ зав\_отделением }}/

Подпись расшифровка подписи

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПЕРМСКОГО КРАЯ   
«ГОРОДСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА ИМ. С.Н.ГРИНБЕРГА»

**Отделение медицинской реабилитации**

Уведомление пациента (законного представителя) о его правах

и обязанностях при оказании медицинской помощи

в организации здравоохранения

Уважаемый пациент!

В соответствии с федеральным законом от 21 ноября 2011г. №323-ФЗ организация здравоохранения (далее - организация) в лице главного врача подтверждает гарантию сохранения конфиденциальных сведений, составляющих врачебную тайну о

**{{ ФИО\_пациента }}**, {{ дата\_рождения }}г.р.,

|  |
| --- |
| **Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:** Я, паспорт:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребёнка или лица, признанного недееспособным: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (ФИО ребенка или недееспособного гражданина полностью, год рождения)  на основании: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (реквизиты документа, подтверждающего право представлять интересы пациента) |

и информирует о том, что при обращении за медицинской помощью и ее оказании в организации пациент имеет право на: уважительное и гуманное отношение со стороны медицинского и обслуживающего персонала; выбор врача, в том числе лечащего врача, с учетом его согласия, а также выбор лечебно-профилактического учреждения в соответствии с договорами обязательного и добровольного медицинского страхования; обследование, лечение и содержание в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям; проведение по его просьбе консилиума и консультаций других специалистов; облегчение боли, связанной с заболеванием и (или) медицинским вмешательством, доступными и разрешенными способами и средствами; информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство; отказ от медицинского вмешательства; получение информации о состоянии своего здоровья в доступной форме от лечащего врача, заведующего отделением или другого специалиста, принимающего непосредственное участие в обследовании и лечении; отказ от получения указанной информации против своей воли; допуск к нему адвоката или иного законного представителя для защиты его прав, допуск к нему священнослужителя (в условиях стационара); сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при его обследовании и лечении; а также на выбор лиц, которым в интересах пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья.

Пациент уведомлен, что организация имеет право без согласия пациента или его законного представителя разгласить конфиденциальные сведения в следующих случаях: в целях обследования и лечения гражданина, не способного из-за своего состояния выразить свою волю; при угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений; по запросу органов дознания и следствия, прокурора и суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством; в случае оказания помощи несовершеннолетнему в возрасте до 15 лет (для больных наркоманией - до 16 лет) для информирования его родителей или законных представителей; при наличии оснований, позволяющих полагать, что вред здоровью гражданина причинен в результате противоправных действий; в целях проведения военно-врачебной экспертизы в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

Пациент обязуется соблюдать правила внутреннего распорядка организации, лечебно-охранительный режим, а также в целях получения лучших результатов не скрывать и представить лечащему врачу достоверную и полную информацию о состоянии своего здоровья: об аллергических

проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных средств, о всех перенесенных ранее и имеющихся в настоящее время заболеваниях, принимаемых лекарственных препаратах, сообщать правдивые сведения о своей наследственности, о злоупотреблении алкоголем, наркотическими средствами, психотропными или токсическими веществами, об одновременном лечении у других специалистов и выполнении их рекомендаций.

В случае нарушения указанных прав пациент может обращаться с жалобой непосредственно к руководителю или иному должностному лицу организации, в соответствующие профессиональные медицинские организации, либо в суд.

Я, **{{ ФИО\_пациента }}**, своей подписью удостоверяю, что текст мною прочитан, с правилами внутреннего распорядка организации я ознакомлен, мне понятно содержание и назначение данного документа. Получив полную информацию о своих правах и обязанностях, даю свое согласие на предоставление медицинским учреждением сведений о фактах моего обращения за медицинской помощью, о состоянии моего здоровья, диагнозе, в том числе через справочный стол, а также в случаях неблагоприятного прогноза развития моего заболевания следующим лицам:

{{ родс\_полностью\_тел }}

(фамилия, имя, отчество, контактный телефон)

٧

(фамилия, имя, отчество, контактный телефон)

{{ дата\_поступления }} ٧ /{{ ФИО\_пациента }}/

Подпись пациента расшифровка подписи

(законного представителя)

Если пациент по каким либо причинам не может собственноручно подписать данный документ, настоящий документ заверяется двумя подписями сотрудников организации:

{{ дата\_поступления }} ٧ /{{ ФИО\_врача }}/

Подпись расшифровка подписи

{{ дата\_поступления }} ٧ /{{ зав\_отделением }}/

Подпись расшифровка подписи