|  |  |
| --- | --- |
| **СПБ ГБУЗ «ГОРОДСКАЯ МАРИИНСКАЯ БОЛЬНИЦА»**  **191014, Санкт-Петербург, Литейный пр., 56;Тел.: +7 (812) 222-20-03;**  **E-mail:b16@mariin.ru** | **№60838**  802200:20008220280202:0002802080220 |

Приложение N 2

Утверждено

приказом Министерства здравоохранения

Российской Федерации

от 12 ноября 2021 г. N 1051н

**Информированное добровольное согласие**

**на медицинское вмешательство**

Я, Веселова Валерия Михайловна

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)

03.11.2000 г. рождения, зарегистрированный по адресу:

(дата рождения гражданина либо законного представителя)

Санкт-Петербург, Красносельский район, Кузнецова проспект д.17 кв.784

(адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

проживающий по адресу: Красносельский район, Кузнецова проспект, д.17, кв.784]

(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г. рождения, проживающего по адресу:

(дата рождения пациента при подписанииu законным представителем)

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

(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

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 доврачебной медико-санитарной помощи / первичной медико-санитарной помощи / первичной специализированной медико-санитарной помощи / специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи/ скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи/паллиативной медицинской помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н <1> (далее – виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной доврачебной медико-санитарной помощи / получения первичной доврачебной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) / для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) / получения первичной специализированной медико-санитарной помощи / получения первичной специализированной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)/получения специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи / получения специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) / получения скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи / получения скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) / получения паллиативной медицинской помощи / получения паллиативной медицинской помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения "Городская Мариинская больница", 191014, Санкт-Петербург, Литейный пр., д.56

(полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

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](consultantplus://offline/ref=3ABE6576EAC15A3640FA051EF787044652FB774BEF0522023719FAB213D6C4A1D9AD61EE40A873758CEF9507F1260B9F1D5CAE02C886726E66FFJ), или потребовать его (их) прекращения,

за исключением случаев, предусмотренных [частью 9 статьи 20](consultantplus://offline/ref=3ABE6576EAC15A3640FA051EF787044650F17D4BED0422023719FAB213D6C4A1D9AD61EE40A8717386EF9507F1260B9F1D5CAE02C886726E66FFJ) Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с [пунктом 5 части 5 статьи 19](consultantplus://offline/ref=3ABE6576EAC15A3640FA051EF787044650F17D4BED0422023719FAB213D6C4A1D9AD61E940A07821D4A0945BB571189F1C5CAC01D468F6J) Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 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), в том числе после смерти:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | |
| (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон) | | | | | |
|  | | | | | |
| (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон) | | | | | |
|  | | | | | |
|  |  |  | | | |
| (подпись) |  | (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон) | | | |
|  |  |  | | | |
| (подпись) |  | (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника) | | | |
|  | | | | | 28.08.2024г.  (дата оформления) |

Консилиум в составе:

Врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ г.

Врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ г.

Врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ г.

Регистратор: **Ротова Анастасия Кирилловна** Дата, время: **28.08.2024**

Распечатал: **Сорокин Андрей Сергеевич** Дата, время: **28.08.2024**

|  |  |
| --- | --- |
| **СПБ ГБУЗ «ГОРОДСКАЯ МАРИИНСКАЯ БОЛЬНИЦА»**  **191014, Санкт-Петербург, Литейный пр., 56;Тел.: +7 (812) 222-20-03;**  **E-mail:b16@mariin.ru** | **№60838**  802200:20008220280202:0002802080220 |

**СОГЛАСИЕ**

**на обработку персональных данных**

Я, нижеподписавшийся Веселова Валерия Михайловна, проживающий по адресу , Паспорт гражданина РФ 40 20 714363 выдан 19.11.2020 гу мвд по г. спб и ло, в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.06 г. "О персональных данных" № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку СПБ ГБУЗ «Городская Мариинская больница» (далее – Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефон(ы), реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), 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) по ОМС (договором ДМС).

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (по договору ДМС) на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховой медицинской организацией и территориальным фондом ОМС 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 (медицинской карты) 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 28.08.2024г. 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.

Контактный телефон(ы) +7(911)720-14-13 субъекта персональных данных

Почтовый адрес:

индекс \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись субъекта персональных данных\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Я, Веселова Валерия Михайловна, нуждаюсь/не нуждаюсь (нужное подчеркнуть) в выдаче информирующей справки о стоимости оказанной медицинской помощи в рамках программы обязательного медицинского образования (№Пр-1788 от 25.07.2014г.)

Дата 2024-08-28 Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Регистратор: **Федорова Елена Валерьевна** Дата, время: **28.08.2024**

Распечатал: **Сорокин Андрей Сергеевич** Дата, время: **28.08.2024**