|  |  |
| --- | --- |
| ${entitiesData} | Приложение №1  К приказу министерства здравоохранения  Российской Федерации  От 15 декабря 2014 г.№834н  Код формы по ОКУД\_\_\_\_\_\_\_\_  Код формы по ОКПО\_\_\_\_\_\_\_\_  от 15 декабря 2014 г. № 834н  Учетная форма № 025\у  Утверждена приказом Минздрава России  от 15 декабря 2014 г. №834н |

|  |  |
| --- | --- |
| **МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА ПАЦИЕНТА, ПОЛУЧАЮЩЕГО МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ**  **№ ${cardNumber}** |  |

**1**. **Дата заполнения медицинской карты: ${d} ${monthrp} ${year}**

**2. Фамилия, имя, отчество ${fioPokupatelya}**

**3. Пол: ${gender}**

**4. Дата рождения: ${bday}**

**5. Место регистрации: ${clientsPassportsRegistration}**

**6. Местность: городская - 1, сельская– 2**

**7. Полис ОМС: серия\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**8. СНИЛС \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**9. Наименование страховой медицинской организации**

**10. Код категории льготы**

**11. Документ: серия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

*Приложение N 2*

*УТВЕРЖДЕНО*

*приказом Министерства* *здравоохранения* *Российской Федерации*

*от 12 ноября 2021 г. N 1051н*

**Информированное добровольное согласие**

**на медицинское вмешательство**

Я, **${fioPokupatelya}**

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

"${dbd}" ${Mbd} ${ybd} г. рождения,

(дата рождения гражданина либо законного представителя)

зарегистрированный по адресу: ${clientsPassportsRegistration}

(адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

проживающий по адресу: ${clientsPassportsResidence}

(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

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 <1> (далее – виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи в

${entityName}

(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, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных [частью 9](https://normativ.kontur.ru/document?moduleid=1&documentid=396304#l114) статьи 20 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](https://normativ.kontur.ru/document?moduleid=1&documentid=396304#l105) части 5 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 моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ${fioPokupatelya}   
 (подпись) (фамилия, имя, отчество гражданина)

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

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

"${d}" ${monthrp} ${year}г.

(дата оформления)

**СОГЛАСИЕ**

**на обработку персональных данных**

Я, **${fioPokupatelya}**

(Ф.И.О.)

Число, месяц, год рождения ${bday} ,

проживающий по адресу (по месту регистрации) ${clientsPassportsRegistration} .

Паспорт (серия номер) ${clientsPassportNumber} в соответствии с требованиями [статьи 9](consultantplus://offline/ref=49609B8CCE40959911D77A6E8A80F8E04B5EC86435244E0D565AFA9080DDE76F41E0EA34D61F48A1v3Y6G) Федерального закона от 27.07.06 N 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку ООО «Инфинити» (далее- Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактный(е) телефон(ы), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью- в медико- профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, 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.

Срок хранение моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет двадцать пять лет.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществлять только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной 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 случаях 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.

Подпись субъекта персональных данных \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/${clientLN} ${cfn}. ${cmn}.

подпись Ф.И.О.

"${d}" ${monthrp} ${year}г.

(дата оформления)

**ПРОЦЕДУРНЫЙ ЛИСТ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Дата** | **Наименование процедуры** | **Подпись пациента** | **Подпись специалиста** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**ЛИСТ НАЗНАЧЕНИЙ**

Ф.И.О. пациента: ${fioPokupatelya}

Дата рождения: ${bday} № амбулаторной карты: ${cardNumber}

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Дата**  **назначения** | **Наименование лекарственного препарата, его дозировка, способ и продолжительность применения** | **Дата отмены** | **Подпись** | |
| **врач** | **м/сестра** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**КОНСУЛЬТАЦИИ СПЕЦИАЛИСТОВ**

**ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ**

**ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ**

**ПРОЧИЕ ДОКУМЕНТЫ**