

Согласие на медицинское вмешательство и обработку персональных данных

БРИГАДА №3
Вызов №60/25424



В соответствии с требованиями ст. 9 Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» с целью организации оказания медицинской помощи даю свое согласие на обработку ГАУЗ СО «ССМП г. Первоуральск» моих персональных данных: фамилия, имя, отчество, год, месяц, дата рождения, место рождения, адрес проживания и регистрации, контактные телефоны, паспортные данные, № полиса ОМС, состояние интимной жизни, состояние моего здоровья, биологических сред и физиологических параметров организма, диагнозе, оказанных медицинских услугах. Обработка персональных данных на бумажном и электронном носителе пользования. Обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

Я ✓

(Ф.И.О. больного, законного его представителя)

(подпись)

✓

(подпись)

20 _____ г., в _____ часов _____ минут

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие и медицинской организации для получения скорой медицинской помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082). Мне, медицинским работником выездной бригады в 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082). Мне, медицинским работником выездной бригады 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".

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 моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь:

(Ф.И.О. гражданина, телефон)

(подпись)