

СОГЛАСИЕ С ОБЩИМ ПЛАНом ОБСЛЕДОВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ

с. Большеустыкинское

Я, _____
(Ф.И.О. год рождения)

находясь на санаторно-курортном лечении в ГАУЗ Мечетлинский санаторий для детей с родителями РБ, ознакомлен с возможным необходимым первичным планом обследования и возможными методами лечения, включающими 8 себя

- осмотр врача;
- взятие крови из пальца;
- внутривенные и внутримышечные инъекции, прием таблетированных препаратов,
- проведение консультаций специалистов;
 - проведение функциональных методов исследования, электрокардиографии, рентгенографии;
- проведение инструментальных методов исследования;
- проведение физиотерапевтических процедур.

и согласен (не согласен) с применением в рамках договора оказания платных медицинских, услуг данных видов медицинских вмешательств.

Я извещен(а) о том, что мне необходимо регулярно принимать назначенные препараты и другие методы лечения, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых, не прописанных лекарств.

Я согласен (не согласен) на осмотр меня студентами медицинских ВУЗов и колледжей в медицинских обучающих и научных целях с учетом требования законодательства РФ о гарантии мне конфиденциальности моей медицинской информации

Я разрешаю (не разрешаю) предоставлять мою медицинскую информацию:

- без ограничений;
- ограниченному кругу лиц _____
(Ф.И.О. лиц допущенных к медицинской информации)

Я разрешаю (не разрешаю) использовать мою медицинскую информацию и медицинскую документацию для проведения экспертизы качества оказания мне медицинской помощи, в том числе с привлечением независимых специалистов.

Я разрешаю (не разрешаю) передавать мне информацию о состоянии моего здоровья в случае негативного прогноза развития моего заболевания.

При негативном прогнозе в развитии моего заболевания разрешаю передавать мою медицинскую информацию:

- без ограничений;
- только _____
(Ф.И.О. лиц допущенных к медицинской информации)

Я информирован(а) о том, что медицинская информация (сведения) обо мне является конфиденциальной в соответствии со статьей 13 Федерального закона от 21.11.2011г. №323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Подписи:

Пациент _____ / _____ «____» _____ 20__ г.

Леч. врач _____ / _____ «____» _____ 20__ г.

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

(Оригинал подписать в и/о или карточку проживающего)

с. Большеустьикинское

« _____ » _____ 20 ____ г.

Я, _____

(полностью Ф.И.О. заявителя, представляющего свои интересы или лица, представляющего законные интересы ребенка)

1) _____
(почтовый адрес места жительства, пребывания, фактического проживания, телефон)

дата рождения _____
(число, месяц, год)

2) гражданство _____

3) документ, удостоверяющий личность _____
(наименование, номер и серия документа, кем и когда выдан)

4) адрес по месту регистрации _____
(почтовый адрес по месту регистрации)

6) _____ адрес фактического
проживания _____

(почтовый адрес фактического проживания, контактный телефон)

5) наименование страховой компании, серия и № страхового полиса обязательного медицинского страхования _____

6) ИНН, страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) (при наличии) _____

свободно, своей волей и в своем интересе даю согласие уполномоченным лицам ГАУЗ Мечетлинский санаторий для детей с родителями РБ, зарегистрированного- по адресу: Республика Башкортостан, Мечетлинский район, с. Большеустьикинское, ул. Курортная, д.64, на обработку (любое действие (операцию) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение,- предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение) следующих моих персональных данных:

- фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии); пол; дата рождения; место рождения; гражданство- данные документа., удостоверяющего личность; место жительства; место регистрации; дата регистрации; страховой номер, индивидуального лицевого счета (при наличии), принятый в соответствии с законодательством Российской Федерации об индивидуальном (персонифицированном) учете в системе обязательного пенсионного страхования: номер полиса обязательного медицинского страхования застрахованного лица; анамнез; диагноз; сведения об организации, оказавшей медицинские услуги: вид оказанной медицинской помощи; условия оказания медицинской помощи; сроки оказания медицинской помощи; объем оказанной медицинской помощи; результат обращения за медицинской помощью; сведения об оказанных медицинских услугах: примененные стандарты медицинской помощи; сведения о медицинском работнике или медицинских работниках, оказавших медицинскую услугу.

Вышеуказанные персональные данные предоставляю для обработки в целях обеспечения организации пребывания и/или оказания санаторно-курортного лечения в Санатории.

Я ознакомлен(а), что:

1. согласие на обработку персональных данных действует с даты подписания настоящего согласия в течение всего срока пребывания в Санатории; после выписки из Санатория персональные данные обрабатываются и хранятся в ГАУЗ Мечетлинский санаторий для детей с родителями РБ в течение срока хранения документов, предусмотренных действующим

законодательством Российской Федерации;

2 .согласие на обработку персональных данных может быть отозвано на основании письменного заявления в произвольной форме,

3. в случае отзыва согласия на обработку персональных данных ГАУЗ Мечетлинский санаторий для детей с родителями РБ вправе продолжить обработку персональных данных без согласия при наличии оснований, указанных в пунктах 2-11 части 1 статьи 6, части 2 статьи 10 и части 2 статьи 11 Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных";

4.персональные данные, предоставляемые третьим лицам, будут обрабатываться только в целях осуществления и выполнения возложенных законодательством Российской Федерации на ГАУЗ Мечетлинский санаторий для детей с родителями РБ функций, полномочий и обязанностей.

Дата начала обработки персональных данных: _____

(число, месяц, год)

_____ (подпись)

Об ответственности за достоверность представленных сведений предупрежден(а)

Данные, указанные в согласии, соответствуют представленным документам.

" ____ " _____ 20 ____ г.

Лицо, представляющее законные интересы пациента(ребенка):

_____ / _____ « ____ » _____ 20 ____ г.

подпись

расшифровка

Принял _____ / _____ / _____

должность

подпись

расшифровка

