

СОГЛАСИЕ С ОБЩИМ ПЛАНом ОБСЛЕДОВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТА И ЕГО ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ

(Оригинал подшить в и /б ребенка, копию в и /б законного представителя)

с. Большеустыкинское

Я, _____

проживающий по адресу _____

паспорт № _____ выдан (кем и когда) _____

являюсь законным представителем несовершеннолетнего _____
на основании ст. 64 п. 1 Семейного кодекса РФ¹.

Находясь на санаторно-курортном лечении в ГАУЗ Мечетлинский санаторий для детей с родителями РБ, ознакомлен(а) с возможным необходимым первичным планом обследования и возможными методами моего лечения и лечения моего ребенка, включающими в 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 и моему ребенку 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 и моего ребенка 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 и медицинскую информацию о моем ребенке:

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

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

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

При негативном прогнозе в развитии моего заболевания и (или) заболевания моего ребенка 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 и о моем ребенке 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

¹ Для родителей Для усыновителей «ст.64п1,137п.1Семейного Кодекса РФ», опекуны «ст.15п.3ФЗ 2Об опеке и попечительстве», попечители «ст.15 п.3 ФЗ «Об опеке и попечительстве»

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ ПАЦИЕНТА И ЕГО ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ
(Оригинал подшить в и/б ребенка, копию в и/б законного представителя)

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)

2) дата рождения _____
(число, месяц, год)

3) гражданство _____

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

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

6) адрес фактического проживания _____
(почтовый адрес фактического проживания, контактный телефон)

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

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

представляю законные интересы пациента (ребенка):

1) _____
(Ф. И. О. полностью)

2) дата рождения _____
(число, месяц, год)

3) пол _____
(женский, мужской - указать нужное)

4) гражданство _____

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

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

7) адрес фактического проживания _____
(почтовый адрес фактического проживания, контактный телефон)

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

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

На основании (свидетельства о рождении, акта органа опеки и попечительства о назначении опекуна или попечителя с указанием срока действия полномочий опекуна или попечителя, нотариально заверенного согласия на представление законных интересов ребенка в ГАУЗ Мечетлинский санаторий для детей с родителями

РБ): _____

_____ . Копия прилагается.

Я, свободно, своей волей и в своем интересе и интересе ребенка даю согласие уполномоченным лицам ГАУЗ Мечетлинский санаторий для детей с родителями РБ, зарегистрированного по адресу; Республика Башкортостан, Мечетлинский район, с. Большеустыкинское, 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 персональных данных моих и ребенка:

- фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии); пол; дата рождения; место рождения; гражданство; данные документа, удостоверяющего личность; место жительства: место регистрации; дата регистрации; ИНН, 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 « ____ » _____ 20__ г.

подпись _____

Об ответственности за достоверность представленных сведений предупрежден(а).

Данные, указанные в согласии, соответствуют представленным документам.

« ____ » _____ 20__ г.

Лицо, представляющее законные интересы пациента (ребенка):

подпись / _____ « ____ » _____ 20__ г.
расшифровка

Принял _____ / _____
подпись / _____
расшифровка

Согласие законного представителя
на фото и видеосъемку сына (дочери)
и дальнейшего использования фотографических снимков и видео материала

Я, _____

(ФИО полностью родителя или законного представителя)

являясь законным представителем несовершеннолетнего

(ФИО полностью несовершеннолетнего)

даю свое согласие на фото и видеосъемку моего ребенка в Государственном автономном учреждении здравоохранения Мечетлинский детский санаторий для детей с родителями Республики Башкортостан (далее ГАУЗ Мечетлинский санаторий для детей с родителями РБ)

Я даю согласие на использование фото и видеоматериалов несовершеннолетнего исключительно в следующих целях:

- Размещение на сайте и в группах социальных сетей ГАУЗ Мечетлинский санаторий для детей с родителями РБ
- Размещение на стендах ГАУЗ Мечетлинский санаторий для детей с родителями РБ
- Размещения в рекламных роликах ГАУЗ Мечетлинский санаторий для детей с родителями РБ в Интернете.

Я информирован(а), что ГАУЗ Мечетлинский санаторий для детей с родителями РБ гарантирует обработку фото и видеоматериалов несовершеннолетнего в соответствии с интересами ГАУЗ Мечетлинский санаторий для детей с родителями РБ.

Данное согласие действует до достижения целей обработки фото и видеоматериалов или в течение срока хранения информации.

Данное согласие может быть отозвано в любой момент по моему письменному заявлению.

Я подтверждаю, что, давая такое согласие, я действую по собственной воле и в интересах несовершеннолетнего.

_____ / _____ /

подпись

расшифровка подписи

« _____ » _____ 20__ г.