

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, _____
(ФИО, дата рождения)

Адрес регистрации, адрес проживания (также указывается при проживании 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, утверждённый приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390Н (далее – виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень) для получения первичной медико-санитарной помощи: оказание медицинской услуги по взятию мазка в целях лабораторного исследования биологического материала. Медицинская услуга по лабораторному исследованию биологического материала оказывается организациями по территориальному признаку: для пациентов, получающих услугу на территории г. Москвы и г. Мурманска, – ФБУЗ ФЦГиЭ Роспотребнадзора; для пациентов, получающих услугу на территории г. Санкт-Петербурга, – ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в городе Санкт-Петербурге и Ленинградской области». Медицинская услуга по отбору биоматериала для целей лабораторного исследования (взятие мазка) оказывается организациями по территориальному признаку: для пациентов, получающих услугу на территории г. Москвы, производится ООО «МедЛайн»; для пациентов, получающих услугу на территории г. Санкт-Петербурга, производится ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в городе Санкт-Петербурге и Ленинградской области»; для пациентов, получающих услугу на территории г. Мурманска, в зависимости от выбора пункта тестирования: Государственное областное автономное учреждение здравоохранения «Мурманский областной Центр специализированных видов медицинской помощи» (ГОАУЗ «МОЦСВМП»); Федеральное бюджетное учреждение здравоохранения «Центр гигиены и эпидемиологии в Мурманской области».

Медицинским работником в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанные с ними риски, 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

(ФИО выбранного гражданина, контактный телефон, в случае отсутствия - прочерк)

(подпись)

(ФИО медицинского работника)

Дата заполнения _____ 2025 года

(ФИО, подпись)

ИД участника _____

Согласие на обработку персональных данных

Я, _____
(ФИО, документ (паспорт) серия, номер, кем выдан, дата выдачи)

Зарегистрированный (-ая) по адресу:

В соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», в целях оказания мне медицинских услуг, подтверждаю свое согласие на обработку ФБУЗ ФЦГиЭ Роспотребнадзора (ИНН 7726008570, адрес местонахождения: 117105, Москва, Варшавское шоссе, дом 19А) (далее по тексту - Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, год, месяц, дату и место рождения, пол, гражданство, место жительства, в том числе сведения о регистрации по месту жительства, месту проживания, место работы, номер телефона, реквизиты документа, удостоверяющего личность (серия, номер, дата выдачи, наименование и код подразделения органа выдавшего документ), реквизиты полисов медицинского страхования, страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), сведения об оказанной медицинской помощи, данные о состоянии здоровья, в том числе, содержащие врачебную тайну в целях оказания медицинской услуги, обеспечения соблюдения законов Российской Федерации и иных нормативных правовых актов Российской Федерации.

Предоставляю Оператору право осуществлять при обработке моих персональных данных все действия (операции) 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 персональных данных.

Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в информационные хранилища (электронную базу данных, списки, реестры, регистры).

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения медицинской документации.

Наименование лиц, осуществляющих обработку персональных данных по поручению Оператора путем допуска сотрудников указанных юридических лиц к обработке персональных данных, если обработка будет поручена таким лицам: Фонд «Росконгресс» (ИНН 7706412930), адрес местонахождения: 123610, г. Москва, Краснопресненская наб., д. 12, подъезд 7, помещение 1101; ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в городе Санкт-Петербурге и Ленинградской области» (ИНН 7816363890), адрес местонахождения: 192102, г. Санкт-Петербург, Волковский пр., д. 7.

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

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие в письменной форме, которое может быть направлено в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

Настоящее согласие дано мной и действует 1 (один) год, в случае если согласие не отозвано в письменной форме.

Дата заполнения _____ 2025 года

(подпись)

(Ф.И.О.)