

## Информированное добровольное согласие с общим планом обследования и лечения

г.Москва

ДатаЗаключенияДоговора

Я, \_\_\_\_\_  
 (Ф.И.О. пациента, год рождения)

именуемый(-ая) в дальнейшем Пациент(ка), обратившись за медицинской помощью в \_\_\_\_\_ (далее по тексту – Клиника) в соответствии и на основании ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – ФЗ № 323) **проинформирован(а)** о том, что для определения состояния моего здоровья, получения сведений о наличии у меня того или иного заболевания, состояния, для установления моего медицинского диагноза и дальнейшего планирования, и оказания необходимых медицинских услуг, мне необходимо пройти первичный план обследования и дальнейшее лечение. В связи с этим **я даю информированное добровольное согласие на проведение мне в \_\_\_\_\_ медицинских вмешательств**, включенных 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 Минздравсоцразвития РФ от 23.04.2012 № 390н, в частности на: *опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза; осмотр, в том числе пальпацию, перкуссию, аускультацию; антропометрическое исследование; термометрию; тонометрию; исследования функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы); лабораторные методы обследования, в т.ч. клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические; функциональные методы обследования, в том числе электрокардиографию; рентгенологические методы обследования; введение лекарственных препаратов по назначению врача, в т.ч. внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно.*

**Я проинформирован(а) и согласен(на)**, что общий план моего обследования и лечения может включать не только консультации врачей-специалистов Клиники, но при необходимости я могу быть направлен на консультации и(или) диагностические мероприятия в другие медицинские организации.

**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. Необходимость других методов обследования и лечения будет мне разъяснена дополнительно. **Я согласен(на)** на оказание мне данных видов медицинского вмешательства, как на этапе первичного обследования, так и в дальнейшем при оказании мне Клиникой платных медицинских услуг.

**Я удостоверяю**, что мне не был поставлен диагноз «наркомания» по результатам медицинского освидетельствования в соответствии с Федеральным законом от 08.01.1998 № 3-ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах».

**Я удостоверяю**, что не признан судом недееспособным вследствие психического расстройства и надо мной не установлена опека, равно как я и не ограничен судом в дееспособности вследствие наличия психического расстройства или пристрастия к азартным играм, злоупотребления спиртными напитками или наркотическими средствами и надо мной не установлено попечительство.

**Я информирован(на)**, что я имею право отказаться от любых медицинских вмешательств за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 ФЗ № 323. Мне разъяснено и понятно то, что в соответствии с нормами законодательства такой отказ оформляется в письменной форме.

**Я проинформирован(а)** том, что несоблюдение указаний Клиники (медицинского работника, предоставляющего медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой мне медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

Пациент (представитель пациента) \_\_\_\_\_ (подпись, Ф.И.О.)

**Я ознакомился(лась) и согласен(на)** с Правилами оказания платных медицинских услуг в НАИМЕНОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ от 01/07/2019; Правилами внутреннего распорядка НАИМЕНОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ от 01/07/2019 и Прейскурантом на медицинские услуги НАИМЕНОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ от 01/07/2019, размещенными на информационном стенде НАИМЕНОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ. Подписывая настоящее согласие, я полностью и безоговорочно принимаю условия публичной оферты НАИМЕНОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ (акцептую оферту), что в соответствии со статьями 434, 438 Гражданского Кодекса РФ приравнивается к письменной форме заключения сделки (договора об оказании платных медицинских услуг). Однако я проинформирован, что при моем или Клиники желании договор может быть заключен и в простой письменной форме.

**Я проинформирован(а)** том, что несоблюдение указаний Клиники (медицинского работника, предоставляющего медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой мне медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на

состоянии моего здоровья.

**Я информирован(на)** о том, что в соответствии со статьей 13 ФЗ № 323 моя медицинская информация, в том числе медицинская документация составляют врачебную тайну. Мне подтверждена гарантия конфиденциальности такой информации, в том числе конфиденциальность персональных данных, используемых в медицинских информационных системах в соответствии с законодательством РФ.

В соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», **я подтверждаю свое согласие** на обработку Клиникой моих персональных данных, в том числе биометрических, как с использованием средств автоматизации, так и без использования таковых, в целях оказания мне платных медицинских услуг, совершения иных действий, порождающих юридические последствия в отношении меня или других лиц.

**Я прошу** работников Клиники направлять мне **по электронной почте** \_\_\_\_\_ (*указать адрес электронной почты*) и (или) путем SMS-сообщения НомерТелефонаПациента (*указать номер телефона*) информацию о предстоящей записи на прием к врачам-специалистам Клиники, информацию об оказанных мне медицинских услугах и ходе моего лечения, результаты рентгенологических и иных диагностических исследований.

**Я проинформирован** о том, что такая передача информации, в том числе медицинской информации и документации будет производиться по незащищенным каналам связи, в связи с чем возможна ее утечка и (или) иное непреднамеренное нарушение конфиденциальности. Несмотря на риск утечки моих персональных данных и сведений, составляющих мою врачебную тайну, **я выражаю желание и прошу работников Клиники направлять мне вышеуказанную информацию посредством электронной почты и (или) SMS-сообщений**, так как риск ее утечки менее значим для меня по сравнению с удобством и комфортом ее получения по современным каналам связи. Я здраво оцениваю все риски и готов принять на себя возможную ответственность в случае нарушения конфиденциальности моей медицинской информации в результате ее пересылки по незащищенным каналам связи.

**Также я выражаю согласие** на использование вышеуказанной информации в целях направления по моей просьбе кассового чека или бланка строгой отчетности в электронной форме на предоставленный абонентский номер либо адрес электронной почты в соответствии с Федеральным законом от 22.05.2003 № 54-ФЗ «О применении контрольно-кассовой техники при осуществлении наличных денежных расчетов и (или) расчетов с использованием электронных средств платежа».

**Я разрешаю** предоставлять мою медицинскую информацию (в т.ч. документацию) всем медицинским работникам и должностным лицам Клиники, причастным к данному случаю оказания мне медицинской помощи.

**Я разрешаю** использовать мою медицинскую информацию (в т.ч. документацию) для проведения контроля качества оказания мне медицинской помощи, в том числе с привлечением независимых специалистов.

**Я разрешаю** передавать мне информацию о состоянии моего здоровья в случае неблагоприятного прогноза развития моего заболевания.

**Я разрешаю** врачам и должностным лицам Клиники делать фотографии и видеозаписи, связанные с оказанием мне медицинских услуг и использовать их для научных, образовательных, рекламных, а также целей контроля качества и безопасности медицинской деятельности при условии, что идентификации меня как больного или личности не будет, фото- и видеоматериалы останутся анонимными.

Также **я разрешаю** предоставлять мою медицинскую информацию (в т.ч. документацию)

Пациент (представитель пациента) \_\_\_\_\_ (подпись, Ф.И.О.)

Беседу провел врач \_\_\_\_\_ (подпись, Ф.И.О.)