

**ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ
Пациента/законного представителя пациента
на проведение обследования и лечение в ООО Клиника «9 месяцев»**

Я,

*ФИО и дата рождения законного представителя пациента
Адрес регистрации и адрес фактического проживания законного представителя пациента*

в соответствии со статьей 20 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» (утв.21.11.2011г. №323 -ФЗ) информирован (а) о состоянии Пациента и подтверждаю свое информированное добровольное согласие на проведение консультации(й), обследования(й) и лечения ПАЦИЕНТА:

ФИО и дата рождения пациента

Адрес фактического проживания пациента (в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

теми методами, которые применяются в ООО Клиника «9 месяцев» и которые считают необходимыми врачи, обязанные по должности принимать решения и имеющие соответствующую квалификацию, а именно (нужное обвести):

1. Опрос, в том числе, выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр, в том числе, пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия.
3. Антропометрические исследования.
4. Термометрия.
5. Тонометрия.
6. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций.
7. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций.
8. Исследования функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).
9. Лабораторные методы обследования, в том числе, клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические.
10. Ультразвуковые исследования, доплерографические исследования, функциональные методы обследования.
11. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе: перорально, внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикочно.
12. Медицинский массаж.

Я подтверждаю, что в моих интересах, проинформировать лечащего врача обо всех имеющихся у моего ребенка и известных мне проблемах с его здоровьем, о результатах ранее проведенных обследований и лечений, индивидуальной непереносимости и аллергических реакциях на следующие лекарственные средства

Я понимаю, что нарушения врачебных рекомендаций, а также сокрытие информации о состоянии здоровья моего ребенка может способствовать развитию местных и/или общих осложнений, или даже стать их причиной.

Я подтверждаю, что 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.

Я подтверждаю, что в соответствии с пунктом 24 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 № 736, до моего сведения доведено, подробно и понятно разъяснено, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Клиники «9 месяцев» (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья ПАЦИЕНТА.

Я ознакомлен(а) с правилами сдачи анализов и признаю тот факт, что не соблюдение этих правил может привести к искажению результатов исследования.

Я подтверждаю, что ознакомлен(а) с Прейскурантом платных медицинских услуг, действующего на дату оказания медицинской услуги и подтверждаю своё добровольное согласие на оплату данных услуг, путем внесения денежных средств в кассу ООО Клиника «9 месяцев» или по безналичному расчету переводом на расчётный счёт ООО Клиника «9 месяцев».

Я согласен(на) на передачу относящихся ко мне и/или Пациенту сведений, составляющих врачебную тайну, в Министерство здравоохранения Республики Татарстан (и в его структурные подразделения, в т.ч. должностным лицам), в иные государственные и муниципальные органы в сфере здравоохранения, в другие медицинские организации в целях медицинского обследования и лечения, а также в иных целях.

Я получил (а) исчерпывающие и понятные мне ответы на вопросы и имел (а) достаточно времени на обдумывание решения о согласии на предложенные моему ребенку консультации, обследование и лечение.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от проведения консультаций, обследования и лечения ПАЦИЕНТА, потребовать их прекращения, а также разъяснены возможные последствия такого отказа.

Настоящее согласие дано мной _____ и действует бессрочно.

Подпись пациента/законного представителя пациента _____

Я свидетельствую, что разъяснил (а) все вопросы, возникшие в связи с обращением пациента/законного представителя пациента в Клинику, дал(а) ответы на все вопросы.

Врач _____ Дата _____

Согласие родителей на обработку персональных данных

Я _____

(фамилия, имя, отчество родителя/законного представителя)

документ удостоверяющий личность: _____

(наименование серия и номер)

_____ (дата выдачи, организация выдавшая документ)

являясь родителем (законным представителем) _____

(ФИО ребенка)

В соответствии с требованиями статьи 9 Федерального Закона от 27.07.2006 г. 152-ФЗ «О персональных данных», даю согласие на обработку своих персональных данных, персональных данных моего ребенка ООО Клиникой «9 месяцев» (далее Клиника) включающих: моих персональные данные и данные о моем ребенке: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, место рождения, гражданство, адрес проживания, паспортные данные, контактный телефон, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания мне Клиникой медицинской помощи, я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные и персональные данные моего ребенка, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Клиники, в интересах обследования и лечения моего ребенка.

Предоставляю Клинике право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными и персональными данными моего ребенка, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Клиника вправе обрабатывать персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включение в список (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставления отчетных данных (документов).

Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет пять лет.

Передача персональных данных моего ребенка иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия либо с письменного согласия иного законного представителя ребенка.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Клиники по почте заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручен, либо под расписку представителю Клиники.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Клиника обязана прекратить их обработку в течение периода времени необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной моему ребенку до этого медицинской помощи.

Настоящим, я подтверждаю свое согласие на получение информации акциях и скидках путем SMS-информирования. Контактный телефон: _____

Настоящим я даю свое согласие на направление мне на электронную почту _____ результатов лабораторных диагностических исследований и любых иных документов и информации (в том числе составляющих врачебную тайну), связанных с оказанием Клиникой медицинских услуг мне и/или моему ребенку. О возможной вероятности доступа других лиц к высланной информации предупрежден (на).

В случае изменения указанного в настоящем Согласии номера телефона и/или адреса электронной почты обязуюсь заблаговременно (не менее чем за 2 рабочих дня до даты изменения) письменно уведомить об этом Клинику путем подачи заявления на бумажном носителе с моей подписью, до получения Клиникой данного заявления указанные в настоящем Согласии номер телефона и адрес электронной почты прошу считать моими личными.

Настоящее согласие дано мной _____ и действует бессрочно.

Подпись: _____ / _____ /