

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

Я, _____
(Ф.И.О. гражданина)

"__" _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу: _____

являясь законным представителем _____

«__» _____ г. рождения,
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, утвержденный приказом Министерства
здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н
(зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082) (далее -
Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи / получения первичной медико-
санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в
ООО «Белла Вита Дент Академическая»

Медицинским работником _____
(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

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. 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" (Собрание
законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2012, N 26, ст. 3442, 3446).

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 или
состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть):

(подпись) (Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

(подпись) (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

(подпись) (Ф.И.О. медицинского работника)

"__" _____ г.

ЗАЯВЛЕНИЕ о согласии на обработку персональных данных

Я, _____, являясь законным
представителем _____

(фамилия, имя, (отчество - при наличии))

В соответствии с действием ст. 9 федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», Постановлением Правительства РФ от 17 ноября 2007 г. № 781 "Об утверждении Положения об обеспечении безопасности персональных данных при их обработке в информационных системах персональных данных" подтверждаю свое согласие ООО «Белла Вита Дент Академическая» на обработку моих персональных данных, персональных данных лица, законным представителем которого являюсь, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС, страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, - в медикопрофилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам в интересах моего обследования и лечения. Предоставляю право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС (ДМС).

Я проинформирован, что в холлах и лечебных кабинетах клиники проводится открытое видеонаблюдение с целью обеспечения безопасности лечебного процесса, предупреждения возникновения чрезвычайных ситуаций и обеспечения объективности расследования в случаях их возникновения.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов. Настоящее согласие дано мной и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес ООО «Белла Вита Дент Академическая»

Контактный телефон: _____ Подпись _____ Дата _____

Настоящим я выражаю **согласие** / **не согласие** (нужное подчеркнуть) на получение рекламной информации от ООО «Белла Вита Дент Академическая» о проводимых акциях, скидках, новых услугах посредством мобильной связи (смс сообщения, сообщения в мессенджерах), электронной почты.

(подпись) (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)