

Уведомление о последствиях несоблюдения указаний (рекомендаций) медицинской организации

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Коми «Сыктывкарская городская больница», в соответствии с п.15 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 04.10.2012 № 1006, уведомляет о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинской организации ГБУЗ РК «Сыктывкарская городская больница» (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя. С уведомлением ознакомлен(а) до заключения договора на оказание платных медицинских услуг.

«__» _____ 20__ года

ФИО пациента

(подпись)

ДОГОВОР ОБ ОКАЗАНИИ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

г. Сыктывкар

«__» _____ 20__ г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Коми «Сыктывкарская городская больница», именуемая в дальнейшем «Исполнитель», в лице и.о. главного врача Хорева Сергея Альбертовича, действующего на основании Устава и Лицензии на осуществление медицинской деятельности № Л041-01176-11/00327734 от 12 августа 2020 г., выданной Министерством здравоохранения Республики Коми (адрес: 167981, Республика Коми, г. Сыктывкар, ул. Ленина, 73, т. 8(8212) 286-000, 286-049), с одной стороны, и _____

(фамилия, имя, отчество)

(серия, № паспорта, адрес места жительства (регистрации), телефон)

именуемый(ая) в дальнейшем «Пациент», с другой стороны, при совместном упоминании – «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Пациент поручает, а Исполнитель обязуется предоставить медицинские услуги Пациенту в соответствии с Лицензией на осуществление медицинской деятельности. Наименование услуг, их объем, стоимость, порядок Оплаты, сроки их оказания определяются Сторонами в Приложении к договору, который составляется Сторонами при каждом обращении Пациента в ГБУЗ РК «Сыктывкарская городская больница» и является неотъемлемой частью настоящего Договора. Стоимость и вид услуги определяется согласно утвержденному Прейскуранту цен ГБУЗ РК «Сыктывкарская городская больница», действующему на момент оказания услуги.

1.2. В ходе оказания услуг, объем и характер медицинских и сопутствующих им услуг, может быть скорректирован специалистами ГБУЗ РК «Сыктывкарская городская больница». Все корректировки учитываются в медицинской документации Пациента. Пациент осуществляет доплату за оказанные услуги сразу же (незамедлительно) до оказания услуги в соответствии с медицинской документацией.

1.3. При заключении Договора Пациенту предоставлена в доступной форме информация о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, а также информация о платных медицинских услугах, содержащая следующие сведения:

- порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи, применяемые при предоставлении платных медицинских услуг;
- информацию о медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации);
- информацию о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;
- другие сведения, относящиеся к предмету Договора.

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1. Оказывать Пациенту медицинские услуги в соответствии с установленными порядками и стандартами оказания медицинской помощи, действующими на территории Российской Федерации, либо по просьбе Пациента в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи, с учетом медицинских показаний;

2.1.2. Оформить необходимые для обслуживания Пациента медицинские документы, в том числе внести записи в медицинскую (амбулаторную) карту Пациента;

2.1.3. Соблюдать врачебную тайну, в том числе конфиденциальность персональных данных Пациента, используемых, в том числе, в медицинских информационных системах.

2.2. Пациент обязуется:

2.2.1. Информировать специалиста ГБУЗ РК «Сыктывкарская городская больница» до и при оказании услуги о состоянии своего здоровья, отягощенной наследственности, перенесенных или имеющих заболевания,

принимаемых лекарственных препаратов, операциях, травмах, аллергических реакциях, иных реакциях организма, проводимом ранее лечении и обследованиях и их результатах, иных известных ему особенностях организма, способных оказать влияние на ход лечения и его эффективность, о наличии заболеваний, представляющих опасность для окружающих, если Пациенту заранее известно о наличии данного заболевания. Сообщать только достоверную информацию в полном объеме.

2.2.2. Своевременно оплачивать стоимость услуг в соответствии с настоящим договором.

2.2.3. Заблаговременно информировать Исполнителя о необходимости отмены или изменения назначенного Пациенту времени получения (оказания) медицинской услуги. В случае опоздания более чем на 15 минут по отношению к назначенному времени получения медицинской услуги. Исполнитель оставляет за собой право переноса или отмены получения медицинской услуги.

2.2.4. Ставить в известность врачей Исполнителя о любых изменениях самочувствия и состояния своего здоровья, а также других обстоятельствах, которые могут повлиять на результаты оказываемых медицинских услуг.

2.2.5. При обращении предоставлять сотрудникам ГБУЗ РК «Сыктывкарская городская больница» документ удостоверяющий личность.

2.2.6. Выполнять без самостоятельных изменений курс назначенного лечения и требования ГБУЗ РК «Сыктывкарская городская больница», обеспечивающие качественное предоставление услуг, включая, но не ограничиваясь: соблюдать режим лечения, соблюдать режим приема лекарственных препаратов, соблюдать режим питания, являться на прием в назначенное время, проходить необходимые диагностические исследования, соблюдать лечебно-охранительный режим.

2.2.7. Соблюдать правила поведения пациентов, режим работы ГБУЗ РК «Сыктывкарская городская больница», правила техники безопасности и пожарной безопасности, не курить в помещениях ГБУЗ РК «Сыктывкарская городская больница» и на территории учреждения.

2.3. Исполнитель имеет право:

2.3.1. Самостоятельно с согласия Пациента определять характер и объем исследований, манипуляций и медицинских вмешательств, для установления диагноза и надлежащего лечения Пациента.

2.3.2. Отказать в оказании медицинских услуг вследствие невозможности Исполнителя оказать услуги Пациенту, в том числе в случае невыполнения Пациентом требований медицинского персонала Исполнителя, при выявлении у Пациента противопоказаний к проведению лечебно-диагностических мероприятий.

2.3.3. Не приступать к оказанию услуг, а начатые услуги приостановить в случае неоплаты (несвоевременной оплаты) Пациентом услуг в соответствии с настоящим Договором, при условии отсутствия ситуации, угрожающей жизни Пациента.

2.3.4. Отказаться от оказания услуг по настоящему Договору в случае:

- нарушения Пациентом условий настоящего договора;
- нахождения Пациента в состоянии алкогольного или наркотического опьянения, некорректного поведения по отношению к персоналу ГБУЗ РК «Сыктывкарская городская больница»;
- невыполнения Пациентом назначений и рекомендаций врача;
- выявления у Пациента противопоказаний, препятствующих оказанию медицинских услуг;
- выявления у Пациента заболевания, лечение которого возможно лишь в специализированных медицинских организациях;
- если Пациент настаивает на лечении, которое не соответствует действующим стандартам, требованиям технологии, медицинским показаниям;
- отказа Пациента от медицинского вмешательства, в том числе отказа от оформления Сформированного добровольного медицинского вмешательства;

2.3.5. Не выдавать Пациенту результаты исследований, заключения и т.п. в случае неисполнения Пациентом обязанности по оплате.

2.3.6. Изменять режим работы ГБУЗ РК «Сыктывкарская городская больница» в целом или отдельных кабинетов и помещений, время приема (работы) врачей/специалистов ГБУЗ РК «Сыктывкарская городская больница».

2.4. Пациент имеет право:

2.4.1. Получать в доступной для него форме имеющуюся информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанных с ними рисками, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

2.4.2. В любой момент отказаться от услуги и оформить отказ от медицинского вмешательства в письменной форме с указанием возможных последствий. Отказ подписывается Пациентом или его законным представителем, а также лечащим врачом. При этом Пациент обязан оплатить Исполнителю фактические расходы по оказанию услуги.

2.4.3. В случае наличия претензий относительно качества оказанных услуг обращаться к Исполнителю для урегулирования данных претензий и требовать по своему выбору, в случае ненадлежащего оказания услуги Исполнителем: безвозмездного устранения недостатков оказанной услуги, возмещения понесенных им расходов по устранению недостатков оказанной услуги в других медицинских учреждениях, соответствующего уменьшения цены оказанной услуги.

3. СТОИМОСТЬ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ, СРОКИ И ПОРЯДОК ИХ ОПЛАТЫ

3.1. Стоимость медицинских услуг, оказываемых Пациенту по настоящему Договору, определяется в соответствии с Прейскурантом цен ГБУЗ РК «Сыктывкарская городская больница», действующим на дату оказания медицинской услуги Пациенту. Стоимость медицинских услуг НДС не облагается в соответствии с п. 2 ст. 149 ПК

Российской Федерации. Стоимость конкретных платных медицинских услуг, предоставляемых Пациенту, указывается (содержится) в Приложении к договору, который является неотъемлемой частью настоящего договора.

3.2. Исполнитель вправе в одностороннем порядке изменить перечень и стоимость медицинских услуг, путем внесения соответствующих изменений в Прейскурант цен. В случае изменения Исполнителем какого-либо документа, указанного в настоящем пункте, такие изменения доводятся до сведения Пациента путем размещения соответствующей информации на информационных стендах Исполнителя и официальном сайте Исполнителя в сети Интернет.

3.3. Оплата осуществляется Пациентом на условиях предоплаты в размере 100% стоимости услуг до оказания медицинских услуг на основании Прейскуранта цен, действующего на момент оказания медицинской услуги, путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя (в том числе с использованием платежных карт) или путем внесения денежных средств в кассу Исполнителя, при этом Пациенту предоставляется документ, подтверждающий произведенную оплату медицинских услуг. Пациент ознакомлен с Прейскурантом до осуществления оплаты и согласен с порядком и условиями оплаты.

4. УСЛОВИЯ И ПОРЯДОК ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

4.1. Платные медицинские услуги оказываются на основе добровольного волеизъявления и согласия Пациента приобрести медицинскую услугу на возмездной основе за счет собственных средств.

4.2. Медицинские услуги оказываются Пациенту Исполнителем при наличии письменного информированного добровольного согласия Пациента на медицинское вмешательство, проведение диагностических процедур и лечебных манипуляций, лабораторных исследований, которые, по мнению специалиста Исполнителя, целесообразны и необходимы.

4.3. Факт оказания медицинской услуги Пациенту, подтверждается записями в первичной медицинской документации, которая передается Пациенту.

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

5.1. Исполнитель несет ответственность за качество, объем и сроки оказываемых Пациенту медицинских услуг, за исключением ситуаций, когда исполнение сроков не соблюдено по причинам, не зависящим от Исполнителя.

5.2. Пациент несет ответственность:

5.2.1. За достоверность предоставленной врачу информации о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях в отношении Пациента.

5.2.2. За выполнение/невыполнение Пациентом всех требований и рекомендаций по лечению медицинского персонала Исполнителя, в том числе за соблюдение/несоблюдение указаний лечащего врача Исполнителя, предписанных на период после оказания медицинской услуги.

5.3. Исполнитель не несет ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение договора в случае:

- нарушения/неисполнения Пациентом обязательств по настоящему договору;
- медицинского вмешательства третьих лиц в период или после оказания услуг Исполнителем;
- непредставления Пациентом полной и достоверной информации, указанной в п. 2.2.1 настоящего договора;
 - наступления вредных эффектов (осложнений), обусловленных анатомическими особенностями организма и/или выраженностью основного заболевания Пациента;
 - непреодолимой силы (в том числе осложнений и побочных эффектов, связанных с биологическими особенностями организма; непредвиденных особенностей индивидуального действия лекарственных препаратов, предусмотреть которые невозможно на современном уровне развития медицинской науки и практики);
- в случае информированного добровольного отказа Пациента от медицинского вмешательства.

6. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ

6.1. Исполнитель обязуется хранить в тайне информацию о факте обращения Пациента за медицинской помощью, состоянии его здоровья, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении (врачебную тайну).

6.2. С письменного согласия Пациента или его представителя допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну, другим лицам, в том числе должностным лицам, в интересах обследования и лечения Пациента.

6.3. Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без письменного согласия Пациента или его представителя допускается в целях обследования и лечения Пациента, не способного из-за своего состояния выразить свою волю и в иных случаях, предусмотренных законодательством РФ.

6.4. Пациент подтверждает свое согласие на обработку уполномоченными сотрудниками Исполнителя своих персональных данных (данных представляемого лица), а именно: фамилия; имя; отчество; пол; место рождения; дата рождения; гражданство; место и дата регистрации; место жительства; адрес проживания; данные (реквизиты) документа, удостоверяющего личность (паспорта); адрес электронной почты; контактный телефон; СНИЛС; данные о состоянии своего здоровья (представляемого лица), включая, в том числе, но не исключительно, анамнез, диагноз; случаях обращения за медицинской помощью; перечень, срок и объем оказанной медицинской помощи, и иные персональные данные, обрабатываемые, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, а также в целях проведения контроля качества и безопасности медицинских услуг (далее - «персональные данные»).

Пациент предоставляет Исполнителю право осуществлять все действия (операции) с его персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Исполнитель вправе обрабатывать персональные данные Пациента

посредством внесения их в электронную базу данных. Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет.

В процессе оказания Исполнителем медицинской помощи Пациент предоставляет право медицинским работникам передавать его персональные данные другим должностным лицам ГБУЗ РК «Сыктывкарская городская больница» и третьим лицам, уполномоченным Исполнителем на обработку персональных данных, в связи с технической необходимостью обработки в базах данных ГБУЗ РК «Сыктывкарская городская больница» при обязательном соблюдении условий о конфиденциальности обрабатываемых данных. Настоящее согласие действует бессрочно до момента его отзыва Пациентом в порядке, установленном законодательством РФ.

7. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

7.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента подписания его Сторонами и заключается на неопределенный срок. Стороны установили, что в соответствии с ч. 2 ст. 160 Гражданского кодекса РФ Договор заключается со стороны Исполнителя путем подписания с использованием факсимильного воспроизведения подписи (факсимиле) главного врача.

7.2. Настоящий Договор, может быть, расторгнут по соглашению сторон, при одностороннем отказе одной из сторон в случае невыполнения одной из Сторон обязательств по настоящему Договору, по другим основаниям и в порядке, предусмотренным действующим законодательством РФ и настоящим Договором.

7.3. Все иное, не предусмотренное настоящим договором, регулируется нормами законодательства РФ.

7.4. Договор составляется в двух экземплярах, один из которых находится у ГБУЗ РК «Сыктывкарская городская больница», второй у Пациента.

7.5. Неотъемлемой частью Договора являются:

7.5.1. Акт об оказанных услугах (приложение №1);

7.5.2. Информированное добровольное согласие пациента на получение платных медицинских услуг (Приложение №2);

7.5.3. Согласие на обработку персональных данных (Приложение №3);

7.5.4. Информированное добровольное согласие пациента на медицинское вмешательство (Приложение №4).

8. РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

Исполнитель:

Государственное бюджетное учреждение
здравоохранения Республики Коми
«Сыктывкарская городская больница»
Юридический адрес: 167904, Республика Коми, г.
Сыктывкар, п.г.т. Краснозатонский,
Нювчимское шоссе, 24
ОГРН - 1031100406292
ИНН /КПП: 1101487262/110101001
e-mail: sgbol20@yandex.ru
Официальный сайт: www.sgb-komi.ru

И.о. Главного врача

С.А. Хорев

М.П.

Пациент:

ФИО

Адрес регистрации: _____

Подпись

Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензией:

По адресам мест осуществления медицинской деятельности: 167904, Республика Коми, г. Сыктывкар, Нювчимское шоссе, д.24

При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги):

При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги):

при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: вакцинации (проведению профилактических прививок); общей врачебной практике (семейной медицине); педиатрии; терапии;

При оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности); гастроэнтерологии; кардиологии; клинической лабораторной диагностике; неврологии; онкологии; организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации); офтальмологии; профпатологии; психиатрии; психиатрии-наркологии; рентгенологии; спортивной медицине; стоматологии общей практики; стоматологии ортопедической; травматологии и ортопедии; ультразвуковой диагностике; физиотерапии; функциональной диагностике; хирургии; эндокринологии; эндоскопии;

При оказании паллиативной медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги):

при оказании паллиативной медицинской помощи в амбулаторных условиях по: сестринскому делу; терапии;

при оказании паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях по: сестринскому делу; терапии;

При проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: экспертизе временной нетрудоспособности; экспертизе качества медицинской помощи; экспертизе профессиональной пригодности;

При проведении медицинских осмотров организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: медицинским осмотрам (предварительным, периодическим); медицинским осмотрам (предсменным, предрейсовым, послесменным, послерейсовым); медицинским осмотрам профилактическим;

При проведении медицинских освидетельствований организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: медицинскому освидетельствованию кандидатов в усыновители, опекуны (попечители) или приемные родители; медицинскому освидетельствованию на наличие медицинских противопоказаний к владению оружием; медицинскому освидетельствованию на наличие медицинских противопоказаний к управлению транспортным средством.

По адресам мест осуществления медицинской деятельности: 167905, Республика Коми, г. Сыктывкар, пгт. Верхняя Максаковка, ул. Красноборская, д. 32 (Врачебная амбулатория пгт. Верхняя Максаковка):

При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги):

при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерскому делу; лабораторной диагностике; лечебному делу; сестринскому делу; стоматологии;

при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: общей врачебной практике (семейной медицине); терапии;

По адресам мест осуществления медицинской деятельности: 167907, Республика Коми, г. Сыктывкар, пгт. Седькыркеч, ул. Лазурная, д. 10 (Врачебная амбулатория пгт. Седькыркеч):

При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги):

при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерскому делу; лечебному делу; медицинскому массажу; общей практике; сестринскому делу; сестринскому делу в педиатрии; стоматологии.

**Информированное добровольное согласие на получение
платных медицинских услуг**

Я, пациент _____
(указать Ф.И.О., дату рождения, паспортные данные, адрес проживания (регистрации), телефон)

паспорт: серия _____ № _____ кем выдан: _____

адрес проживания (регистрации): _____

телефон: _____,

в рамках Договора об оказании платных медицинских услуг от «__» _____ г., заявляю о согласии на получение и оплату платных медицинских услуг в Государственном бюджетном учреждении здравоохранения Республики Коми «Сыктывкарская городская больница», при этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

Я, получив от сотрудников ГБУЗ РК «Сыктывкарская городская больница» полную информацию о возможности и условиях предоставления мне бесплатных медицинских услуг по моему заболеванию, даю свое согласие на предоставление мне платных медицинских услуг, и готов(а) их оплатить.

Мне разъяснено, что я могу получить как один из видов платных медицинских услуг, так и несколько видов услуг.

Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен(на) исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей.

Мною добровольно, без какого-либо принуждения и по согласованию с врачом выбраны виды платных медицинских услуг, которые я хочу получить в ГБУЗ РК «Сыктывкарская городская больница» и согласен(на) оплатить их.

Я ознакомлен(а) с действующим прейскурантом и согласен(на) оплатить стоимость указанной(ых) медицинской(их) услуги в соответствии с ним.

Я проинформирован(а), что по поводу имеющегося у меня заболевания я могу получить медицинскую помощь в других лечебных учреждениях, и подтверждаю свое согласие на получение указанной медицинской услуги в ГБУЗ РК «Сыктывкарская городская больница».

Несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя услуг (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой мне платной медицинской услуги, что в свою очередь может повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

Я полностью понимаю преимущества предложенных мне видов медицинских услуг и даю согласие на их применение.

«__» _____ 20__ г.

(подпись/Ф.И.О.)

СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных

Я, нижеподписавшийся _____,
(Ф.И.О. полностью)

являющийся законным представителем: _____,
(Ф.И.О. полностью)

проживающий по адресу: _____

паспорт: серия _____ номер _____ выдан _____
(кем и когда выдан паспорт)

в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона № 152-ФЗ от 27.07.06 «О персональных данных», подтверждаю свое согласие на обработку Государственным бюджетным учреждением здравоохранения Республики Коми «Сыктывкарская городская больница» (далее – Оператор) моих (лица, законным представителем которого я являюсь) персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания/регистрации, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего/представляемого здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, – в медико-профилактических 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 Оператором мне/представляемому медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, передавать мои/представляемого персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего (лица, чьим законным представителем я являюсь) обследования и лечения.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими/представляемого персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение.

Оператор вправе обрабатывать мои/представляемого 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 (договором ДМС).

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (по договору предоставления медицинских услуг по добровольному медицинскому страхованию) на обмен (прием и передачу) моими персональными данными/персональными данными представляемого со страховой медицинской организацией: _____

(наименование)

и территориальным фондом ОМС, с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут, осуществляется лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Срок хранения моих/представляемого персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет (для стационара, пять лет – для поликлиники).

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

Настоящее согласие действует бессрочно. Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате, оказанной мне до этого медицинской помощи.

Подпись субъекта персональных данных _____
(ФИО) _____ (подпись)

Дата _____

**Информированное добровольное согласие
на медицинское вмешательство**

Я, _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина
либо законного представителя)

«__» _____ года рождения, зарегистрированный по адресу: _____
(дата рождения гражданина, либо законного представителя)

(адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

проживающий по адресу: _____

(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)

«__» _____ года рождения, проживающего по адресу: _____
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

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 23.04.2012 № 390н (далее – виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в Государственном бюджетном учреждении Здравоохранения Республики Коми «Сыктывкарская городская больница».

Мне 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 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21.11.2011 № 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), в том числе после смерти:

1) _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

2) _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)