

№ 34 от « 24 » февраля 2014 г.

РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ  
ХАНТЫ – МАНСКИЙ АВТОНОМНЫЙ ОКРУГ – ЮГРА  
ТЮМЕНСКАЯ ОБЛАСТЬ

Бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа - Югры  
«СУРГУТСКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ЦЕНТР»

**Информированное добровольное согласие на видеонаблюдение и сбор информации  
посредством видеонаблюдения во время нахождения, включая время оказания медицинской  
помощи в здании бюджетного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры  
«Сургутский клинический перинатальный центр»**

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г., « \_\_\_\_ » часов « \_\_\_\_ » минут

Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

Приложение к \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
(наименование и номер медицинской документации)

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. пациента - полностью)

19\_\_ года рождения, проживающая по адресу: \_\_\_\_\_

поставлена в известность, что я госпитализирована в \_\_\_\_\_ БЮДЖЕТНЫМ  
(вписать наименование отделения)

учреждением Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Сургутский клинический перинатальный центр».

данный раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан

Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество – полностью)

паспорт: \_\_\_\_\_  
(серия, номер паспорта)

выдан: \_\_\_\_\_  
(наименование учреждения, выдавшего паспорт)

(дата выдачи паспорта)

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным: \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год рождения)

Я ознакомлена (ознакомлен) с тем, что в здании бюджетного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа - Югры «Сургутский клинический перинатальный центр» ведется видеонаблюдение с целью охраны моих (представляемого) законных интересов и деятельности учреждения, в том числе контроля за надлежащим качеством оказания мне (представляемому) медицинской помощи, видеокамеры расположены во всем здании бюджетного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа - Югры «Сургутский клинический перинатальный центр», включая родильный зал, операционный зал, процедурные комнаты, палаты, коридоры и т.д.

Видеонаблюдение применяется на основании принятых в надлежащем порядке внутриорганизационных норм, с действующими правилами сбора и хранения данных видеонаблюдения меня (представляемого) ознакомили.

Бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа - Югры «Сургутский клинический перинатальный центр» гарантирует, что полученные данные видеонаблюдения будут

защищены от доступа посторонних лиц или утраты и не будут распространяться или передаваться в открытое пользование.

Я ознакомлена (ознакомлен) и согласна (согласен) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне (представляемому) разъяснены, мне (представляемому) понятны и добровольно даю свое согласие на ограничение моей (представляемого) приватности во время нахождения в бюджетном учреждении Ханты-Мансийского автономного округа - Югры «Сургутский клинический перинатальный центр» посредством видеонаблюдения, сбора и хранения данных видеонаблюдения и подтверждаю это своей подписью.

---

Дата

подпись пациента, законного представителя

Расписался в моем присутствии:

**Врач**

---

Подпись

Ф.И.О., печать врача

Примечание:

Согласие (отказ) на медицинское вмешательство (лечение) в отношении лиц, не достигших возраста 15 лет, и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, дают их законные представители (родители, усыновители, опекуны или попечители) с указанием фамилии, имени, отчества, паспортных данных, родственных отношений после сообщения им сведений о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

При отсутствии законных представителей решение о необходимости лечения принимает консилиум, а при невозможности собрать консилиум - непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением главного врача, а в выходные, праздничные дни, вечернее и ночное время - ответственного дежурного врача и законных представителей.

В случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а необходимость проведения лечения неотложна, вопрос о медицинском вмешательстве в интересах гражданина решает консилиум, а при невозможности собрать консилиум - непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением главного врача, а в выходные, праздничные дни, вечернее и ночное время - ответственного дежурного врача.

Дополнительная информация:

---

---

---

---

---

---

дата

подпись пациента, законного представителя

Расписался в моем присутствии:

**Врач**

---

подпись

Ф.И.О., печать врача

Консилиум врачей в составе:

---

(должность)

(Ф.И.О., печать врача)

(подпись)

---

(должность)

(Ф.И.О., печать врача)

(подпись)

---

(должность)

(Ф.И.О., печать врача)

(подпись)

---

дата