

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

Информированное добровольное согласие на обработку персональных данных

« ____ » _____ 201__ 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», с Федеральным законом «О персональных данных» от 27.07.2006 г. №152-ФЗ

Приложение к _____ № _____
(наименование и номер медицинской документации)

Я, _____, _____ года рождения,
(Ф.И.О. пациента - полностью)

проживающая по адресу: _____

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

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество – полностью)

паспорт: серия _____ № _____
(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)

находясь на лечении (обследовании, родоразрешении) в _____ палата № _____
(наименование отделения)

бюджетного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа - Югры «Сургутский клинический перинатальный центр». Добровольно даю свое согласие на обработку моих (представляемого) персональных данных включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, национальность, гражданство, адрес проживания, адрес регистрации, данные документа, удостоверяющего личность (серия, номер, кем и когда выдан), контактный номер телефона, реквизиты полиса обязательного медицинского страхования, реквизиты полиса добровольного медицинского страхования, страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России, данные о месте работы/учебы (наименование организации), профессии (занимаемой должности), семейном положении (брак зарегистрирован/нет, ФИО, дата рождения, место работы, контактный телефон супруга), образовании, данные о состоянии моего (представляемого) здоровья, интимной жизни, заболеваниях, контакте с больным ВИЧ, туберкулезом, случаях обращения за медицинской помощью в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских и медико-социальных услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну бюджетным учреждением Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Сургутский клинический перинатальный центр».

В процессе оказания бюджетным учреждением Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Сургутский клинический перинатальный центр» мне (представляемому) медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои (представляемого) персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам бюджетного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Сургутский клинический перинатальный центр» в интересах моего (представляемого) обследования и лечения.

Предоставляю бюджетному учреждению Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Сургутский клинический перинатальный центр» право осуществлять все действия (операции) с моими (представляемого) персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа –

Югры «Сургутский клинический перинатальный центр» вправе обрабатывать мои (представляемого) персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры, регистры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов).

Бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Сургутский клинический перинатальный центр» имеет право во исполнение своих обязательств на обработку и передачу моих (представляемого) персональных данных страховой медицинской организации, выдавшей мне полис ОМС (ДМС), Территориальному фонду обязательного медицинского страхования, Департаменту здравоохранения ХМАО – Югры, органам опеки и попечительства, органам социальной защиты населения, управлению пенсионного фонда, комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав, УВД, прокуратуре, органам следствия и дознания 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 осуществляться 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 разглашение, может осуществляться только с моего письменного согласия.

Я имела (имел) возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получила (получил) исчерпывающие ответы. Мне было предоставлено достаточно времени для ознакомления с данным информированным добровольным согласием, обдумывания и принятия решения.

Мне разъяснено и понятно, что настоящее информированное добровольное согласие будет действительно на весь период моего лечения (наблюдения) в данном центре до момента моего письменного волеизъявления об его отзыве или изменении отдельных пунктов.

Я прочитала (прочитал), и поняла (понял) все вышеизложенное и удовлетворена (удовлетворен) ответами на все мои вопросы, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, на меня не оказывалось давление, и я осознанно принимаю решение о подписании информированного добровольного согласия на обработку персональных данных.

Я, _____ ✓
(Фамилия, Имя, Отчество пациента, законного представителя полностью)

даю свое согласие, на обработку моих персональных данных. Настоящее согласие действует бессрочно.

Я оставляю за собой (представляемым) право отозвать свое (представляемого) согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной (представляемым) в адрес бюджетного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Сургутский клинический перинатальный центр» по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю бюджетного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Сургутский клинический перинатальный центр».

В случае получения моего (представляемого) письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Сургутский клинический перинатальный центр» обязано прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне (представляемому) до этого медицинской помощи.

✓

дата

подпись пациента, законного представителя

Расписалась (расписался) в моем присутствии:

Врач

подпись

Ф.И.О., печать врача

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

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и предоставление информации о состоянии здоровья

« _____ » _____ 201__ 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», Приказом МЗ СР РФ от 23.04.2012 г. № 390н, Приказом МЗ РФ от 20.12.2012 г. №1177н.

Приложение к _____ № _____
(наименование и номер медицинской документации)

Я, _____, _____ года рождения,
(Ф.И.О. пациента - полностью)

проживающая по адресу: _____

поставлена (поставлен) в известность, что я (представляемая) госпитализирована в

бюджетное учреждение 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 _____ № _____
(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)

- мне _____ (представляемой) согласно моей (её)
(Ф.И.О. пациента)

воле даны полные данные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания (здоровья представляемой);

Я _____, ознакомлена (ознакомлен) с распорядком
(Ф.И.О. пациента)

и правилами лечебно-охранительного режима, установленного в данном лечебно-профилактическом учреждении, и обязуюсь их соблюдать;

Я _____, добровольно даю свое согласие на
(Ф.И.О. пациента)

проведение мне (представляемому) медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые необходимо давать информированное добровольное согласие для получения медицинской помощи (согласно медицинских показаний): опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза, осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрягая ларингоскопия, осмотр шейки матки в зеркалах, вагинальное исследование, ректальное исследование, антропометрические исследования (измерение роста, веса, расчет индекса массы тела, измерение размеров таза и т.д.), определение окружности живота, высоты дна матки (далее - ВДМ), тонуса матки, пальпация плода, аускультация плода с помощью стетоскопа, термометрия, тонометрия, неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций, неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций, исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы), лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические (например: анализ крови общий, биохимическое исследование крови, тест на толерантность к глюкозе, исследование уровня сахара в сыворотке крови, кислотно – щелочное состояние, коагулограмма, тромбоэластограмма, исследование на тромбофилии, определение основных групп крови (А, В, 0) и резус-принадлежности, непрягая и прягая проба Кумбса, биохимический скрининг уровней сывороточных маркеров: связанный с беременностью плазменный протеин А (РАРР-А) и свободная бета-субъединица хорионического гонадотропина (далее - бета-ХГ), микроскопическое исследование отделяемого женских половых органов

цитологическое исследование мазков шейки матки, кровь на Ig M, G на краснуху, токсоплазму и др. инф., исследование крови на наличие вируса иммунодефицита человека, вирусных гепатитов, бледной трепонемы, анализ мочи общий, по Нечипоренко, по Зимницкому, определение белка в моче (в т.ч. суточная потеря белка), бактериологическое исследование биоматериала (мочи, кала, цервикального секрета, молока, слизистой носа, зева), функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, реоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных и рожениц), рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические и доплерометрические исследования, эндоскопические исследования, введение лекарственных препаратов по назначению врача (согласно медицинских показаний): прием таблетированных препаратов, введение лекарственных препаратов внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутривожно, медицинский массаж, лечебная физкультура, выполнение диагностических и лечебных пункций, физиотерапевтических процедур.

Необходимость других методов обследования и лечения будет мне разъяснена дополнительно;

Я _____, информирована (информирован) о целях, методах
(Ф.И.О. пациента)

оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, характере и неблагоприятных эффектах диагностических процедур, возможных вариантах медицинских вмешательств в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи и клиническими протоколами, их последствиях, в том числе вероятность развития осложнений, а так же предполагаемые результаты оказания медицинской помощи, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также о том, что предстоит мне (представляемой) делать во время их проведения; Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств или потребовать их прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 323-ФЗ.

Я _____, извещена (извещен) о том, что мне
(Ф.И.О. пациента)

(представляемой) необходимо регулярно принимать назначенные препараты и другие методы лечения, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых, не прописанных лекарств, в случае курения или приема психоактивных препаратов – отказаться от их приема;

Я _____, предупреждена (предупрежден) и осознаю,
(Ф.И.О. пациента)

что отказ от лечения, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима приема препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение, курение, прием психоактивных препаратов, могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья;

Я _____, поставила (поставил) в известность врача
(Ф.И.О. пациента)

обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемой) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемую) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщила (сообщил) правдивые сведения о наследственности, а также о курении, об употреблении алкоголя, психоактивных, наркотических и токсических средств;

Я _____, *согласна / не согласна* на
(Ф.И.О. пациента) (вписать – согласна (согласен) или не согласна (не согласен))

участие в оказании мне/представляемому медицинской помощи сотрудниками кафедр медицинского института БУ ВО «Сургутский государственный университет ХМАО – Югры», медицинскими работниками из иных медицинских организаций (при необходимости проведения расширенного консилиума специалистов для принятия решения в сложных случаях) исключительно в медицинских, научных целях с учетом сохранения врачебной тайны;

Я _____, *согласна / не согласна* на
(Ф.И.О. пациента) (вписать – согласна (согласен) или не согласна (не согласен))

участие в оказании мне/представляемому медицинской помощи студентами медицинских вузов и медицинских колледжей исключительно под контролем работников перинатального центра, и только в медицинских, научных и обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны;

Я _____, ознакомлена (ознакомлен) и согласна (согласен) со всеми пунктами настоящего документа, (Ф.И.О. пациента)
положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на обследование и лечение в предложенном объеме;

Мне _____ разъяснено и понятно, что настоящее информированное добровольное согласие будет действительно на весь период моего лечения (наблюдения) в данном центре до момента моего письменного волеизъявления об его отзыве или изменении отдельных пунктов.

Я _____, разрешаю, в случае необходимости, (Ф.И.О. пациента)
предоставлять информацию о моем (представляемой) диагнозе, степени тяжести и характере моего (представляемой) заболевания моим (представляемой) родственникам, законным представителям, гражданам:

1. _____
(Ф.И.О.)
_____;
(вписать - в полном объеме, в объеме общей поверхностной информации и т.д.)
2. _____
(Ф.И.О.)
_____;
(вписать - в полном объеме, в объеме общей поверхностной информации и т.д.)
3. _____
(Ф.И.О.)
_____;
(вписать - в полном объеме, в объеме общей поверхностной информации и т.д.)

Я \FIO\ разрешаю посещение в лечебном учреждении (Ф.И.О. пациента)
представляемого ребенка или лица, признанного недееспособным, следующим гражданам:

1. _____
2. _____
3. _____

Ф.И.О. пациента дата

дата

подпись пациента, законного представителя

Расписалась (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:

ИНФОРМАЦИЮ О ПЕРЕЧНЕ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ, ОКАЗАННЫХ В НАШЕМ УЧРЕЖДЕНИИ, И ИХ СТОИМОСТИ ВЫ МОЖЕТЕ ПОЛУЧИТЬ В СТРАХОВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ, ВЫДАВШЕЙ ПОЛИС ОМС.

Ф.И.О. пациента

дата

подпись пациента, законного представителя

Расписалась (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

Бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа-Югры

«СУРГУТСКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ЦЕНТР»

ул. Губкина, 1/2, г. Сургут Ханты-Мансийский автономный округ-Югра,
Тюменская область, 628415 Тел: (3462) 52-97-97 факс (3462) 52-97-00
ИНН/КПП 8602000806/860201001 ОКПО – 41257018, ОГРН – 1028600614822
E-mail: info@surgut-kpc.ru

Информированное добровольное согласие

пациента/законного представителя об обороте конфиденциальной информации

Согласно статьям 13 (Соблюдение врачебной тайны), 19 (Право на медицинскую помощь), 22 (Информация о состоянии здоровья) Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"

Я, _____, _____ года рождения.
(Ф.И.О. пациента - полностью)

Я выражаю свою волю в отношении предоставления сведений конфиденциального характера лицам:

Вид информации	Ф.И.О. лиц	Подпись пациента/ законного представителя
Сведения о лицах, которым пациент/законный представитель пациента разрешает предоставлять информацию о себе/представляемом/новорожденном ребенке, состоянии здоровья, результатах медицинских вмешательств, проводимом лечении, прогнозе для здоровья и жизни		
Лица, которым пациент запрещает передавать информацию о себе/представляемом/новорожденном ребенке, состоянии здоровья, результатах медицинских вмешательств, проводимом лечении, прогнозе для здоровья и жизни		
Лицо, которое назначает пациент представителем своих интересов (доверенным лицом) в случае отказа получать информацию о своем состоянии здоровья, результатах медицинских вмешательств, прогнозе для здоровья и жизни		

Я, _____, _____, (Ф.И.О. пациента/законного представителя)
_____ (указать разрешаю / не разрешаю)
предоставлять информацию консультантам (внешним и внутренним) (медицинским работникам), которых возможно потребует пригласить для уточнения диагноза заболевания или коррекции проводимого лечения мне / представляемому/ новорожденному ребенку.

Выражение воли пациента/законного представителя в интересах себя/представляемого/новорожденного ребенка:

Вид информации	Варианты ответов следует подчеркнуть или вписать	Подпись пациента/законного представителя под каждым ответом
Согласие пациента самому получать информацию о своем состоянии здоровья/ состоянии здоровья ребенка, результатах медицинских вмешательств, прогнозе для здоровья и жизни	Согласен Не согласен	
Согласие пациента самому получать информацию о своем состоянии/ состоянии	Согласен	

<p>здоровья ребенка в случае неблагоприятного прогноза для здоровья и жизни:</p> <ul style="list-style-type: none"> • в полном объеме, • частично • категорически отказываюсь получать такую информацию 	<p>Не согласен</p> <p>Указать объем:</p>	
<p>Какую информацию о себе пациент запрещает вносить в листок временной нетрудоспособности, выписки и другие медицинские документы?</p>	<p>Разрешаю вносить всю информацию</p> <p>Не разрешаю:</p>	
<p>Согласен ли пациент на передачу информации о нем/представляемом в:</p> <ul style="list-style-type: none"> - справочную службу БУ «СКПЦ», - регистр вспомогательных репродуктивных технологий (только пациенты после ЭКО), - регистр беременных/рожениц, - регистр новорожденных с перинатальной патологией Ханты – Мансийского автономного округа - Югры? 	<p>Согласен/ не согласен</p> <p>Согласен/ не согласен</p> <p>Согласен/ не согласен</p> <p>Согласен/ не согласен</p>	
<p>Какую информацию о себе пациент разрешает передать в справочную службу медицинской организации:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ФИО, • дата и время родов, • пол, вес, рост ребенка, • место нахождения (отделение) пациента и его ребенка) 	<p>Согласен/ не согласен</p> <p>Согласен/ не согласен</p> <p>Согласен/ не согласен</p> <p>Согласен/ не согласен</p>	
<p>Согласен ли пациент на использование его персональных данных (обезличенных) для проведения научно-исследовательской работы?</p>	<p>Согласен/ не согласен</p>	
<p>Согласен ли пациент на использование его персональных данных (обезличенных) в учебно-педагогическом процессе?</p>	<p>Согласен/ не согласен</p>	

Кроме того, персональные данные пациента/ его ребенка/ лица по уходу за ребенком предоставляются третьим лицам (государственным органам, контролирующим организациям) без согласия пациента в целях реализации прав граждан на бесплатное оказание медицинской помощи, а также для осуществления контроля качества и безопасности медицинской деятельности, в рамках программ обязательного медицинского страхования, безопасности жизни и здоровья граждан.

Я, _____ предупрежден, что мои/представляемого/моего новорожденного ребенка персональные данные будут передаваться БУ «Сургутский клинический перинатальный центр» контролирующим органам без дополнительного согласия для достижения следующих целей:

- проведение экспертизы качества медицинской помощи (контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, экспертизы нетрудоспособности),

- осуществление контроля за использованием средств обязательного медицинского страхования и бюджетных средств,
- определение потребности в объемах медицинской помощи в целях разработки программ обязательного медицинского страхования,
- исполнение миграционного законодательства,
- соблюдение прав и законных интересов несовершеннолетних и лиц, признанных недееспособными,
- иные, предусмотренные законодательством Российской Федерации цели, в следующие организации:
 - федеральный фонд обязательного медицинского страхования,
 - территориальный фонд обязательного медицинского страхования,
 - пенсионный фонд Российской Федерации и его территориальные органы,
 - страховые медицинские организации,
 - фонд социального страхования,
 - органы опеки и попечительства, социальные службы, территориальная комиссия по делам несовершеннолетних,
 - органы миграционного контроля,
 - органы следствия, дознания, прокуратуру,
 - органы управления здравоохранением субъекта Российской Федерации – Департамент здравоохранения ХМАО-Югры,
 - иные организации в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Мне _____ разъяснено и понятно, что настоящее информированное добровольное согласие будет действительно на весь период моего лечения (наблюдения) в данном центре до момента моего письменного волеизъявления об его отзыве или изменении отдельных пунктов.

дата

подпись пациента,
законного представителя

Ф.И.О.

Расписался в моем присутствии:

Врач

подпись

Ф.И.О., печать врача