

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ

Для получения первичной медико-санитарной, специализированной, скорой (в том числе скорой специализированной), при проведении медицинских экспертиз, медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий в рамках оказания медицинской помощи амбулаторно, в условиях дневного стационара и стационарных условиях в соответствии со статьей 20 ФЗ от 21 ноября 2011 года №323 Ф «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

Я, _____,

Фамилия, имя, отчество

Информирован врачом и согласен, что мне (моему-ребенку, родственнику, опекаемому

Ф.И.О. ребенка, родственника, опекаемого

необходимо оказание медицинской помощи в медицинской организации.

Я проинформирован о том, что:

- у меня имеется возможность выбора медицинской организации с учетом выполнения условий оказания медицинской помощи, установленных Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (ПГГ); для получения медицинской помощи я обратился в ГБУЗ КО «Мысковская городская больница».

- в ГБУЗ КО «Мысковская городская больница» осуществляется защита персональных данных и соблюдение врачебной тайны; пациент имеет возможность выбрать лиц, которым может быть передана информация о состоянии здоровья, а также допуск в качестве посетителей – при получении медицинской помощи поименный список таких лиц (в том числе родственников) необходимо довести до сведения лечащего врача.

- лечащий врач назначается заведующим отделением (поликлиникой), самостоятельный выбор пациентом лечащего врача возможен только с учетом согласия врача; консультации врачей специалистов осуществляются согласно назначениям лечащего врача при реализации порядков, стандартов и протоколов диагностики и лечения.

- облегчение боли, связанной с заболеванием и (или) медицинским вмешательством, производится доступными методами и лекарственными препаратами по медицинским показаниям.

- в случае наличия вопросов я могу обратиться за разъяснением к заведующему отделению или должностному лицу учреждения.

Подписывая данное согласие, я информирован о вышеизложенном и подтверждаю, что:

- я получил от медицинского персонала ГБУЗ КО «Мысковская городская больница» информацию о Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, режиме работы учреждения, месте его нахождения, об имеющейся лицензии, осуществляемой медицинской деятельности – с данной информацией выборочно (по своему желанию) ознакомился.

- я проинформирован о правах пациента, в том числе о праве на отказ от медицинского вмешательства, возможности допуска адвоката, законного представителя и священнослужителя.

Я проинформирован, что у меня (у представляемого мною пациента) в период получения медицинской помощи в ГБУЗ КО «Мысковская городская больница» имеются обязанности, а именно:

- я обязан предоставить о себе (о представляемом мною пациенте) достоверную информацию честно и правдиво отвечая на вопросы врача во время сбора и уточнения анамнеза; поставить в известность лечащего врача (врача-консультанта) об имеющихся проблемах со здоровьем, всех перенесенных острых и имеющихся хронических заболеваниях (в том числе психических заболеваниях и расстройствах, перенесенном туберкулезе, гепатите и имеющейся ВИЧ-инфекции), имевших место аллергических проявлениях, реакции на индивидуальной непереносимости лекарств, постоянном приеме каких-либо препаратов, а также о злоупотреблении алкоголем и приеме наркотических веществ.

- находясь в процессе получения медицинской помощи, я обязан соблюдать рекомендованный режим и порядок лечения (диагностики, реабилитации), в том числе определенный на период временной нетрудоспособности.

- соблюдать правила внутреннего распорядка ГБУЗ КО «Мысковская городская больница».

В случае зафиксированного нарушения режима лечения (диагностики. Реабилитации) или правил внутреннего распорядка, при отсутствии непосредственной угрозы для жизни, пациент может быть выписан из лечебного учреждения.

Я ознакомился (по своему выбору) с обязанностями пациента, режимом работы учреждения и правилами внутреннего распорядка. Обязуюсь их соблюдать в период получения медицинской помощи в ГБУЗ КО «Мысковская городская больница».

Для оказания медицинской помощи со мной была обговорена возможность проведения мне (представляемому мною пациенту) медицинских технологий, в том числе:

Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза (история развития заболевания, особенности жизни); осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, возможное вагинальное исследование (для женщин) и/или ректальное исследование.

Антропометрические исследования (измерение роста, веса и т.д.); термометрия (измерение температуры); тонометрия (измерение давления).

Исследование органа зрения и зрительной функции; исследование органа слуха и слуховой функции.

Исследование функции нервной системы (чувствительность и двигательной сферы) и психики.

Исследование мочеполовой системы и репродуктивной функции.

Лабораторные методы исследования с забором крови из пальца (вены), забором экссудата, раневого и патологического определяемого, исследование эякулята (у мужчин), иных биологических жидкостей и секретов организма, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, генетические, иммунологические исследования и иные; гематологические исследования; исследование выделительной функции.

Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография. Суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, рэоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных), а также иные виды функциональных обследований.

Рентгенологические методы обследования. В том числе флюорография и рентгенография (рентгеноскопия), спиральная компьютерная томография, как с контрастированием, так и без контраста; ультразвуковые исследования; доплерографические исследования.

Введение лекарственных препаратов по назначению врача (фармакотерапия), в том числе перорально (через рот), парентально-внутримышечно, внутривенно, подкожно, аппликационно (на кожу, раневую поверхность, слизистые), ингаляционно (путем вдыхания), субарахноидально, внутрикостно, внутрисуставно, интраназально (через нос), трансконъюнктивально,

субконъюнктивально, ретробульбарно, парабульбарно, ректально, введение во влагалище (у женщин), введение лекарственных препаратов и контраста в придаточные пазухи носа (при лечении ЛОР-заболеваний) и в экстренных случаях – внутрисердечно, а также иные методы введений.

Физиотерапевтические методы воздействия; магнитотерапия, медицинский массаж, лечебная физкультура.

Медико-психологическое обследование (консультирование); психотерапия, консультации врача-психотерапевта и врача-психиатра, консультации логопеда и логопедические методики.

Я понимаю и согласен, что данные медицинские технологии могут быть выполнены как планоно, так и экстренно (неотложно) в период оказания медицинской помощи. Я предупрежден о риске и осознаю, что при применении медицинских технологий невозможно полностью исключить вероятность возникновения осложнений (побочных, вредных для здоровья эффектов) медицинского вмешательства, а также невозможно гарантировать абсолютного достижения целевого результата.

Я даю согласие на применение медицинских технологий в порядке и объеме, определяемом медицинским персоналом ГБУЗ КО «Мысковская городская больница».

Я даю согласие на реанимационные мероприятия (применение комплекса медицинских технологий и препаратов) в случае оказания экстренной медицинской помощи при угрозе для жизни.

Соглашаюсь и полностью понимаю вышеизложенное, даю согласие на оказание медицинской помощи с применением медицинских технологий в условиях ГБУЗ КО «Мысковская городская больница».

Фамилия, имя, отчество и подпись пациента (его представителя)

Медицинский работник _____

(Ф.И.О)

объяснил содержание этого документа пациенту, ответил на все заданные вопросы. Во время информирования пациент (представитель пациента) находился в полном сознании, адекватно реагировал на окружающую обстановку. Пациент (представитель пациента) правильно понял представленную ему информацию и поэтому дал необходимое согласие.

Подпись медицинского работника _____

« ____ » _____ 20 ____ г.

Время _____ :

СОГЛАСИЕ на обработку персональных данных

1. Я, _____,
адрес места жительства: _____
Паспорт (свидетельство о рождении) серия _____ номер _____, выдан _____

в соответствии с требованиями ст.6,9 федерального закона от 27.07.2006 г. "О персональных данных" № 152-ФЗ, подтверждаю своё согласие на обработку ГБУЗ КО «Мысковская городская больница» Кемеровская область, г. Мыски, бульвар Юбилейный, д.2 (далее –медицинский персонал) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места проживания, контактный телефон, реквизиты полисов обязательного медицинского страхования и добровольного медицинского страхования, страховой номер индивидуального лицевого счёта в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, данные о перенесённых заболеваниях и случаях обращения за медицинской помощью.

- Обработка моих персональных данных осуществляется медицинским персоналом в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг.
- Предоставляю медицинскому персоналу право осуществлять действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование персональных данных.
- Медицинский персонал имеет право во исполнение своих обязательств на обмен (приём и передачу) моими персональными данными с организациями, с которыми у Оператора заключены договоры, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа.
- Медицинский персонал имеет право во исполнение своих обязательств на обмен (приём и передачу) моими персональными данными с УФМС.
- Срок хранения моих персональных данных медицинским персоналом соответствует сроку хранения первичных медицинских документов, определенному действующим законодательством.
- Настоящее согласие вступает в действие с момента его подписания и действует бессрочно.
- Я оставляю за собой право в случаях, предусмотренных действующим законодательством, отозвать свое согласие посредством составления письменного заявления и направления его в адрес медицинского персонала по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручении лично под расписку представителю медицинского персонала.
- В случае получения медицинским персоналом от субъекта персональных данных письменного заявления об отзыве своего согласия на обработку его персональных данных, медицинский персонал прекращает обработку персональных данных, за исключением их хранения, и после отзыва согласия на обработку персональных данных, вправе осуществлять их хранение в течение срока, установленного нормативно-правовыми актами.
- При обращении за медицинской помощью в ГБУЗ КО «Мысковская городская больница» несовершеннолетнего или недееспособного согласие на обработку персональных данных заполняется законным представителем по форме:

Ф.И.О. _____

адрес места жительства: _____

паспорт серия _____ номер _____, выдан _____

Дата « ____ » _____ 20 ____ г.

Подпись _____