ООО «ИВАНОВСКАЯ КЛИНИКА ОФТАЛЬМОХИРУРГИИ»
153000, г. Иваново, ул. Смирнова, д. 42/2, тел.: 8(4932)48-24-24

Утверждаю
Директор Шуканова Н.Н.

Приложение к договору №[DOC_UID]

Информированное согласие пациента на диагностику и лечение

1. Я, [FIO_CLI]

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которы граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказо Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 12 ноября 2021 г. N 1051н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 ма 2012 № 24082) (далее – Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которог я являюсь (ненужное зачеркнуть), в ООО «Ивановская клиника офтальмохирургии»
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, том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного ил нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 2 Федерального закона от 21 ноября 2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, с 6724, 2012, № 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 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоров граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужно зачеркнуть)

[FIO_CLI] [PHN_CLI]

2. Я обязуюсь предоставить перед лечением полную и достоверную информацию о состоянии своего здоровья, о принимаемых мною медикаментах, о перенесенных имеющихся заболеваниях, операциях, травмах, проведенном ранее обследовании (лечении), об имеющихся аллергических и других индивидуальных реакциях и особенностях, а так иные сведения, которые могут сказаться на качестве оказываемых услуг.

3. Я проинформирован (а), что мне для диагностики и лечения может понадобиться проведение поверхностной местной анестезии. Местная анестезия имеет своей цель обезболить медицинские манипуляции. Местная анестезия проводится путем орошения слизистой оболочки анестетиком с целью обеспечения эффекта обезболивания. Последствиям отказа от данной манипуляции могут быть: невозможность выполнения медицинского вмешательства, прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений, появлени болевых ощущений. Местная анестезия приводит к временной потере болевой, тактильной и температурной чувствительности в области обезболивания.

4. Мне разъяснено, что применение поверхностной местной анестезии, а также лекарственных средств с диагностической и лечебной целью, может привести к аллергически реакциям организма на медикаментозные препараты различной степени тяжести.

5. После проведенного обследования мне рекомендовано лечение _____
_____

6. Я получил (а) необходимые разъяснения относительно данного заболевания, предложенного мне объема лечения и возможных его результатах, а также рекомендации соблюдении режима во время и после него, которые обязуюсь выполнять.

Мне даны подробные разъяснения по поводу того, что:

- несмотря на соблюдение технологии, нельзя исключить возможность осложнений при проведении диагностических и лечебных мероприятий, связанных с факторами риск как со стороны обследуемого органа или системы, так и с факторами риска общих заболеваний (например, сахарный диабет, гипертоническая болезнь, заболевания сетчатки и другие), также употреблением алкоголя, курением и др.
- наличие факторов риска, может в ходе проведения лечения, изменить ранее намеченный план лечения (увеличить сроки лечения, потребовать дополнительных этапо лечения и др.).
- несоблюдение рекомендаций врача, режима приема медикаментов, бесконтрольное самолечение могут осложнить лечение и отрицательно сказаться на состоянии моег здоровья.

Меня предупредили:

- о необходимости соблюдения режима, регулярного приема препаратов и выполнения процедур, назначенных врачом;
- об обязательном согласовании с врачом приема любых препаратов и выполнения процедур, назначенных врачом;
- об обязательном сообщении врачу о любом ухудшении моего состояния здоровья.

7. Я доверяю врачу принять соответствующее профессиональное решение и выполнять любые медицинские действия, которые врач сочтет необходимыми для установлени или уточнения диагноза, улучшения моего состояния и (или) уменьшения риска осложнения.

8. Я подтверждаю, что мне была предоставлена возможность задать все интересующие меня вопросы по поводу моего заболевания, его диагностики, методов и прогно лечения. Я получил (а) на них удовлетворительные ответы.

9 С условиями, порядком предоставления услуг, а также правилами поведения пациентов в клинике ознакомлен.

10 Содержание настоящего документа мною прочитано, разъяснено врачом и полностью мною понято. На основании предоставленной врачом информации, я согласе (согласна) на проведение предложенного мне лечения. Мое решение является свободным и добровольным и представляет собой информированное согласие пациента на диагностику лечение, что и удостоверяю своей подписью.

Пациент (законный представитель)_____

Врач_____

Дата [DTCurrent]

СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных

Я, нижеподписавшийся [FIO_CLI], в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.06 г. "О персональных данных" № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие н обработку ООО «Ивановская клиника офтальмохирургии» (далее – Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адр проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии мое здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, – в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинск услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, передавать мои персональные данные, содержащие сведени составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновлени изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данны включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС (договором ДМС), также при оказании платных медицинских услуг.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств при оказании платных медицинских услуг и по работе в системе ОМС (по договору _____ ДМС...) на обм (прием и передачу) моими персональными данными со страховой медицинской организацией _____ (название) [и территориальным фондом ОМС] с использовани машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка буд осуществляется лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

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

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

Настоящее согласие дано мной _____ (дата) и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора 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 перио времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Подпись субъекта персональных данных _____