

ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ УСЛУГ, ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ, МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

Я, _____
(Ф.И.О. потребителя)

паспорт: серия _____ № _____, выдан _____ года,
зарегистрированный(ая) по адресу: _____

(адрес регистрации потребителя)

в рамках договора об оказании платных услуг желаю получить в Государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Приморско-Ахтарская центральная районная больница имени Кравченко Н.Г.» министерства здравоохранения Краснодарского края, сокращенное наименование ГБУЗ «Приморско-Ахтарская ЦРБ им. Кравченко Н.Г.» МЗ КК (далее по тексту - Учреждение) платные услуги подтверждаю намерения и даю свое согласие на:

1. На оказание платных услуг.

1.1. Я получил(а) от сотрудников ГБУЗ «Приморско-Ахтарская ЦРБ им. Кравченко Н.Г.» МЗ КК полную информацию:

- об исполнителе и перечне предоставляемых платных медицинских услуг;
- лицензии на осуществление медицинской деятельности;
- порядке оказания медицинской помощи и стандартах медицинской помощи (при наличии), применяемых при предоставлении платных медицинских услуг, а также информацию о возможности осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи;
- об уровне профессионального образования и квалификации, графике работы медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг и сроках ожидания предоставления платных медицинских услуг;
- о сроках ожидания бесплатного оказания медицинской помощи в соответствии с Программой, Территориальной программой;
- о временном приостановлении деятельности медицинской организации для проведения санитарных, ремонтных и иных мероприятий;
- об адресах и телефонах учредителя, исполнительного органа субъекта РФ в сфере охраны здоровья граждан, территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения, территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека и территориального фонда ОМС;
- о форме и способах направления обращений (жалоб) в органы государственной власти и организации с указанием почтового адреса либо адреса электронной почты.
- другие сведения, относящиеся к предмету договора.

Я даю свое согласие на оказание мне платных услуг и готов ее оплатить.

1.2. Я ознакомлен(а) с действующим прейскурантом и согласен(на) оплатить стоимость оказанных услуг в соответствии с ними.

2. На обработку персональных данных.

2.1. В соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 "О персональных данных" N 152-ФЗ подтверждаю свое согласие на обработку ГБУЗ «Приморско-Ахтарская ЦРБ им. Кравченко Н.Г.» МЗ КК моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер Индивидуального лицевого счета (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

2.2. Я даю согласие на использование моих персональных данных в целях выполнения обязательств по договору оказания платных услуг.

2.3. Настоящее согласие предоставляется на осуществление особых действий в отношении моих персональных данных, которые необходимы для достижения указанных целей, а также даю свое согласие на получение результатов лабораторных исследований и иных медицинских документов на мой электронный адрес:

_____,
а также Заказчику по Договору № _____ от _____: _____.

2.4. При передаче результатов лабораторных исследований по открытым каналам связи (электронная почта) ГБУЗ «Приморско-Ахтарская ЦРБ им. Кравченко Н.Г.» МЗ КК не несет ответственности в случае возможного нарушения конфиденциальности передаваемой информации.

2.5. Я подтверждаю, что, давая такое Согласие, я действую своей волей и в своих интересах.

3. На медицинское вмешательство.

3.1. Мне разъяснены и понятны суть моего заболевания и опасности, связанные с дальнейшим развитием этого заболевания. Я понимаю необходимость проведения необходимых манипуляций (процедур), выполняемых в рамках заключенного настоящего договора.

3.2. Мне полностью ясно, что во время манипуляции (процедуры), указанной в договоре, или после нее могут развиваться осложнения, что может потребовать дополнительного вмешательства (лечения).

3.3. Я уполномочиваю врачей выполнить любую процедуру или дополнительное вмешательство, которое может потребоваться в целях лечения, а также в связи с возникновением непредвиденных ситуаций.

3.4. Я предупрежден(а) о фактах риска и понимаю, что проведение оперативного лечения сопряжено с риском потери крови, возможности инфекционных осложнений, нарушений со стороны сердечно-сосудистой и других систем органов, непреднамеренного причинения вреда здоровью и даже неблагоприятного исхода.

3.5. Я поставил(а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических реакциях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною и известных мне заболеваниях травмах, операциях, в том числе носительстве ВИЧ инфекции, вирусных гепатитах, туберкулезе, инфекциях передаваемых половым путем, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня во время жизнедеятельности, принимаемых лекарственных средствах, проводившихся ранее переливаниях крови и ее компонентов. Сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

3.6. Я согласен(на), что при несоблюдении назначений и рекомендаций, лечащий врач не несет ответственности за результаты моего лечения.

3.7. Я согласен(на), что в случае ухудшения самочувствия, при появлении первых признаков осложнений на фоне проводимого лечения я должен(на) незамедлительно обратиться к лечащему врачу или заведующему отделением.

3.8. Я уведомлен(а) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя.

4. Я удостоверяю, что текст моего добровольного информированного согласия на оказание платных медицинских услуг, на обработку персональных данных, на медицинское вмешательство мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют, я полностью понимаю преимущества предложенных мне видов платных услуг и даю согласие на их применение.

Потребитель

(Должность представителя исполнителя)

ФИО

ФИО

(подпись)

(подпись)

« _____ » _____ 202__ г.

« _____ » _____ 202__ г.