|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| **Информированное добровольное согласие на получение платных медицинских услуг и заключение договора оказания медицинских услуг** | | | | |
| Я, | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,** | | | |
| в рамках договора об оказании медицинских услуг №\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, желаю получить платные медицинские услуги в Государственном автономном учреждении здравоохранения «Республиканская клиническая больница Министерства здравоохранения Республики Татарстан» (далее – ГАУЗ «РКБ МЗ РТ»), при этом мне разъяснено и мной осознано следующее: | | | | |
| 1. Я получил от сотрудников ГАУЗ «РКБ МЗ РТ» полную информацию о возможности и условиях предоставления мне бесплатных услуг в ГАУЗ «РКБ МЗ РТ» и в других медицинских организациях РТ в рамках Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи и даю свое согласие на оказание мне платных медицинских услуг и готов (а) их оплатить. | | | | |
| 2. Мне разъяснено, что я могу получить как один из видов платных медицинских услуг, так и несколько услуг. | | | | |
| 3. Мне предоставлена информация: - о перечне платных медицинских услуг, предоставляемых ГАУЗ «РКБ МЗ РТ», о ценах на платные услуги, условиях, форме и порядке их предоставления и оплаты; - о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, уровне их профессионального образования и квалификации; - мне предоставлена вся необходимая информация о ГАУЗ «РКБ МЗ РТ», в том числе, о режиме работы учреждения, графике работы медицинских работников; - о контролирующих органах, как по надзору в сфере здравоохранения, так и в сфере защиты прав потребителей (их адреса и телефоны), иная информация, предусмотренная Положением о порядке оказания платных медицинских услуг; -мне предоставлены все необходимые сведения о лицензиях ГАУЗ «РКБ МЗ РТ» на осуществление медицинской деятельности, я ознакомлен(а) с перечнем работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензиями; -я информирован(а) о целях, характере, факторах риска и возможных осложнениях при оказании платных медицинских услуг | | | | |
| 4. Я согласен(а) с тем, что используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенных на территории Российской Федерации ГАУЗ «РКБ МЗ РТ» не несет ответственности за их возникновение. | | | | |
| 5. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен (а) исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей ГАУЗ «РКБ МЗ РТ», что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья. | | | | |
| 6. Я информирован(а), что отказ потребителя от заключения договора оказания платных медицинских услуг не может быть причиной уменьшения видов и объемов медицинской помощи, предоставляемых такому потребителю без взимания платы в рамках программы и территориальной программы ОМС. | | | | |
| 7. Мной добровольно, без какого-либо принуждения и по согласованию с врачом выбраны следующие виды медицинских услуг, которые я хочу получить в ГАУЗ «РКБ МЗ РТ» и согласен (а) их оплатить | | | | |
| Наименование услуги:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | |
| 8. Виды выбранных мной платных медицинских услуг согласованы с врачом и я даю свое согласие на их оплату в кассу (наличными) ГАУЗ «РКБ МЗ РТ» в сумме | | | | |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | |
| 9. Я, получив полную информацию о возможности и условиях оказания пациенту бесплатной медицинской помощи в рамках Территориальной программы ОМС, хочу воспользоваться своим правом на получение платных медицинских и иных услуг, даю свое согласие на их получение и готов (а) их оплатить. | | | | |
| Настоящее информированное согласие мной прочитано, его положения мне понятны, я даю свое согласие на получение и оплату платных медицинских и иных платных услуг в ГАУЗ «РКБ МЗ РТ» и на заключение договора оказания платных медицинских и иных услуг. | | | | |
|  | | | |  |
| **"Потребитель (заказчик)" : Ф.И.О\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | |
| **Адрес (по паспорту), телефон : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | |  |
|  | | | |  |
| **Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_V** | | **/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| **СОГЛАСИЕ пациента на обработку персональных данных** | | | | |
|  |  |  |  |  |
| Я, нижеподписавшийся Антонов Андрей Аркадьевич ,  зарегистрированный по адресу: 420104, Татарстан Респ, Казань г, Рихарда Зорге ул, дом № 42, квартира 151 , проживающий по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , документ, удостоверяющий личность: Паспорт гражданина РФ 92 17 № 214000 выдан уфмс россии по рт в г.казани28.04.2017 своей волей и в своем интересе подтверждаю свое согласие на обработку ГАУЗ «РКБ МЗ РТ» (далее - Оператор), расположенным по адресу: 420064, Республика Татарстан, г. Казань, Оренбургский тракт, д. 138, моих персональных данных. | | | | |
| Цель обработки персональных данных: в соответствии с требованиями ст. ст. 23, 24 Конституции Российской Федерации, ст. 9 Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг при условии, что обработка персональных данных осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну. | | | | |
| Законодательство Российской Федерации в области персональных данных основывается на Конституции Российской Федерации и международных договорах Российской Федерации и состоит из Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» и других определяющих случаи и особенности обработки персональных данных федеральных законов. | | | | |
| Перечень персональных данных, на обработку которых дано настоящее согласие:  - фамилия, имя, отчество; - число, месяц, год рождения; - место рождения; - пол; - место работы (учебы); - должность (профессия); - семейное положение; - социальное положение; - паспортные данные или данные иного документа, удостоверяющего личность (серия, номер, наименование органа, выдавшего документ, дата выдачи); - сведения, указанные в свидетельствах государственной регистрации актов гражданского состояния; - адрес места жительства (адрес регистрации по месту жительства, адрес фактического проживания); - контактный номер телефона; - номер страхового свидетельства государственного пенсионного страхования; - реквизиты полиса обязательного медицинского страхования; - сведения о состоянии здоровья (в т.ч. группа здоровья, группа инвалидности и степень ограничения к трудовой деятельности, состояние диспансерного учета, зарегистрированные диагнозы); - сведения об оказанных медицинских услугах (в т.ч. о проведенных лабораторных анализах и исследованиях и их результатах, выполненных оперативных вмешательствах, случаях стационарного лечения и их результатах); - серия и номер выданного листка нетрудоспособности; - сведения о документе, удостоверяющем право на льготное обеспечение (наименование, номер, дата, кем выдан). | | | | |
| Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие: обработка персональных данных, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных. | | | | |
| *Если распространение (в том числе передача) информации о персональных данных производится в непредусмотренных законодательством Российской Федерации случаях обязательного предоставления субъектом персональных данных своих персональных данных, Оператор обязан запросить письменное согласие пациента в каждом отдельном случае.* | | | | |
| Способы обработки персональных данных: способом смешанной (автоматизированной, неавтоматизированной) обработки (на бумажных, на электронных носителях информации и в информационных системах персональных данных), с передачей по внутренней сети Оператора, с передачей по сети общего пользования Интернет. Срок, в течение которого действует согласие: до достижения цели обработки персональных данных или до момента утраты необходимости в их достижении, если иное не предусмотрено законодательством Российской Федерации. | | | | |
| Настоящее согласие может быть отозвано мной путем подачи в ГАУЗ «РКБ МЗ РТ» письменного заявления об отзыве согласия.  Подтверждаю, что я ознакомлен с Положением о защите персональных данных пациентов в ГАУЗ «РКБ МЗ РТ», права и обязанности в области защиты персональных данных пациентов мне разъяснены. | | | | |
|  |  |  |  |  |
| 17.07.2024 | **V** | **Антонов Андрей Аркадьевич** | | |
|  | (подпись) |  |  |  |