

Информированное добровольное согласие

Я, (ФИО) _____

подтверждаю своё добровольное информированное согласие на получение платных медицинских услуг в ОБУЗ «ОКПБ «Богородское», желаю получить услуги в ОБУЗ «ОКПБ «Богородское» на платной основе.

Я ознакомлен с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг утв. Постановлением Правительства РФ от 04.10.2012 №1006, ст. 19, 21 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Законом РФ от 07.02.1992 г. №2300- 1 «О защите прав потребителей».

Я получил(а) полную информацию о возможности и условиях предоставления мне бесплатных медицинских услуг в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Ивановской области. Мне разъяснено, что я могу получить как один из видов платных медицинских услуг, так и несколько услуг. Я ознакомлен(а) с действующим Прейскурантом цен (тарифов) на медицинские услуги и согласен оплатить стоимость медицинских услуг в соответствии с Прейскурантом.

Данное информированное добровольное согласие мною прочитано, я полностью понимаю предложенные мне виды медицинских услуг и даю своё согласие на их применение.

В соответствии с требованиями Федерального Закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных», подтверждаю своё согласие на обработку ОБУЗ «ОКПБ «Богородское» моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, дату рождения, пол, адрес регистрации, место жительства, контактные телефоны, паспортные данные, место работы и занимаемую должность, данные о месте и стаже работы, данные о состоянии моего здоровья.

Предоставляю ОБУЗ «ОКПБ «Богородское» право осуществлять все необходимые действия с моими персональными данными (включая их сбор, систематизацию, передачу, накопление, хранение, изменение, обезличивание).

ОБУЗ «ОКПБ «Богородское» вправе передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам ОБУЗ «ОКПБ «Богородское» в интересах моего обследования и лечения, установления диагноза а так же в других случаях, предусмотренных законодательством РФ.

В соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Закона РФ от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей», Приказом Минздравсоцразвития России от 23.04.2012 №390н «Об утверждении Перечня определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие...» , я получил(а) всю интересующую меня информацию о целях, методах оказания медицинской помощи. Возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, связанным с этим риском, а так же о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи от медицинского работника Руженской Е. В., Руженской О. В., других врачей участвующих в оказании платных услуг. Меня проинформировали о мерах профилактики возможных осложнений в случаях лечения. Я уведомлен(а) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского работника, предоставляющего медицинскую услугу на платной основе в т. ч. назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой медицинской услуги, повлечь за собой невозможность её завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья. С учётом полученной мной информации, я даю свое добровольное информационное согласие на оказание медицинской услуги (проведения лечения), а так же на выполнение всех манипуляций, необходимых для оказания мне медицинской услуги, предусмотренной Договором об оказании медицинских услуг.

Я был ознакомлен (ознакомлена) с положениями Приказа Министерства здравоохранения РФ от 20.05.2022 г. №342н «Об утверждении порядка...», согласен на передачу экземпляра заключения ВК работодателю направившему на обязательное психиатрическое освидетельствование.

« _____ » 20 _____ г.
(дата)

(подпись)