

ID участника _____

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, _____
(ФИО, дата рождения)
Адрес регистрации, адрес проживания (также указывается при проживании не по месту регистрации):

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утверждённый приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390Н (далее – виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень) для получения первичной медико-санитарной помощи: оказание медицинской услуги по взятию мазка в целях лабораторного исследования биологического материала. Медицинская услуга по лабораторному исследованию биологического материала оказывается ФБУЗ ФЦГиЭ Роспотребнадзора. Медицинская услуга по отбору биоматериала для целей лабораторного исследования (взятие мазка) оказывается организациями по территориальному признаку:

заполняется организацией, осуществляющей отбор биологического материала

Медицинским работником _____

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника) в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанные с ними риски, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья

(ФИО выбранного гражданина, контактный телефон, в случае отсутствия - прочерк)

(подпись)

(ФИО медицинского работника)

Дата оформления _____ года

✓ _____
(подпись) (ФИО)

ИД участника _____

Согласие на обработку персональных данных

Я, _____
ФИО, документ (паспорт) серия, номер, кем выдан, дата выдачи
Зарегистрированный (-ая) по адресу:

В соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» для целей оказания мне медицинских услуг и передачи их результатов Фонду «Росконгресс» (ИНН 7706412930) для организации моего допуска к участию в международном мероприятии, подтверждаю свое согласие на обработку ФБУЗ ФЦГиЭ Роспотребнадзора (ИНН 7726008570, адрес местонахождения: 117105, Москва, Варшавское шоссе, дом 19А) (далее по тексту - Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, год, месяц, дату рождения, пол, место жительства, в том числе сведения о регистрации по месту жительства, месту проживания, номер телефона, реквизиты документа, удостоверяющего личность (серия, номер, дата выдачи, наименование и код подразделения органа выдавшего документ), сведения о результате оказанной медицинской услуге, данные о состоянии здоровья, в том числе, содержащие врачебную тайну, ИД участника международного мероприятия.

Предоставляю Оператору право осуществлять при обработке моих персональных данных все действия (операции) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в информационные хранилища (электронную базу данных, списки, реестры, регистры).

В рамках указанных целей я даю согласие на передачу следующих моих персональных данных: сведения о результате оказанной медицинской услуге, содержащую врачебную тайну, ИД участника международного мероприятия Фонду «Росконгресс» (ИНН 7706412930), адрес местонахождения: 123610, г. Москва, набережная Краснопресненская, д. 12, подъезд 7, помещение 1101. Любая иная обработка и передача моих персональных данных иным лицам может осуществляться только с моего отдельного письменного согласия.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие в письменной форме, которое может быть направлено в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручено лично под расписку представителю Оператора.

Настоящее согласие действует до момента обработки результатов оказания медицинских услуг и их передачи Фонду «Росконгресс». Срок хранения моих персональных данных в медицинской документации Оператора соответствует требованиям законодательства РФ и составляет 50 лет.

Дата заполнения _____ года

✓ _____
(подпись) (Ф.И.О.)