

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

Я, _____

(Ф.И.О. потребителя)

Паспорт: серия _____ № _____, выдан _____ « _____ » _____ г.,

зарегистрированный по адресу: _____

(адрес регистрации потребителя)

в рамках договора об оказании платных услуг желаю получить в Государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Городская поликлиника № 27 г. Краснодара» министерства здравоохранения Краснодарского края, (далее по тексту - Учреждение) платные услуги и даю свое согласие:

1. На оказание платных услуг.

1.1. Я получил от сотрудников ГБУЗ «Городская поликлиника № 27г. Краснодара» МЗ КК полную информацию о возможности и условиях предоставления мне бесплатных медицинских услуг в рамках программ получения бесплатной медицинской помощи, 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 27.07.06 "О персональных данных" N 152-ФЗ (в редакции от 05.04.2013г.) подтверждаю свое согласие на обработку ГБУЗ «Городская поликлиника №27г. Краснодара» МЗКК моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер Индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СПИЛС). 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 на мой электронный адрес: _____.

2.4. При передаче результатов лабораторных исследований по открытым каналам связи (электронная почта) ГБУЗ «Городская поликлиника №27г. Краснодара» 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 указанной манипуляции (процедуры) 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 (а), что при несоблюдении назначений и рекомендаций, лечащий врач не несет ответственности за результаты моего лечения.

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

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

_____ ФИО _____

(подпись)

« _____ » _____ 202__ г.