

**Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Пермского края
«Краевая клиническая психиатрическая больница»**

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я _____,
(фамилия, имя, отчество – полностью)
_____ года рождения, проживающий (-ая) по адресу: _____

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:
Я, паспорт: _____ выдан: _____
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным:

(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год рождения)

в соответствии с требованиями ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и Закона РФ от 02.07.1992 № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство (обследование, лечение, реабилитацию) в государственном бюджетном учреждении здравоохранения Пермского края «Краевая клиническая психиатрическая больница» (далее по тексту - ГБУЗ ПК «ККПБ») в отношении

(Ф.И.О. пациента либо слово «меня»)

- Мне согласно моей воли в доступной для меня форме предоставлена информация о характере психического расстройства, целях, методах, включая альтернативные, и продолжительности рекомендуемого лечения, а также болевых ощущениях, возможном риске, побочных эффектах и ожидаемых результатах.

- Я извещен (-а) о том, что мне (представляемому) необходимо регулярно принимать назначенные препараты и другие методы лечения, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с лечащим врачом прием любых, не назначенных лекарств.

- Я предупрежден (-а) и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима приема препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

- Я поставил (-а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах.

- Я сообщил (-а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

- Положения статей 5, 7, 11, 28, 37 Закона Российской Федерации от 02.07.1992 № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» мне разъяснены, мною поняты. Я поставлен (-а) в известность, что полный текст данного Закона расположен на стенде в учреждении, является общедоступным для ознакомления посетителями и пациентами.

- Я имел (-а) возможность задать все интересующие меня вопросы, в том числе получить информацию по назначенным лекарственным препаратам. Мне даны исчерпывающие ответы на все интересующие вопросы.

- Мне известно, что медицинская практика не может абсолютно во всех случаях гарантировать достижение целей вмешательства в связи со сложностью и индивидуальными особенностями человеческого организма, особенностями течения заболевания. Я также понимаю, что эффект лечения во многом зависит от добросовестного выполнения мною (представляемым) рекомендаций лечащего врача, следования принципам здорового образа жизни.

- Я ознакомлен (-а) и согласен (-а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты, и добровольно даю свое согласие на обследование и лечение в предложенном объеме.

- Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 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 или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти: _____

« _____ » _____ 20 ____ г. **Подпись пациента/законного представителя**

Расписался в моем присутствии:

Врач _____
(должность, и., о., фамилия)



СМОТРИТЕ ОБОРОТ БЛАНКА

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Пермского края
«Краевая клиническая психиатрическая больница»

СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных

Я, _____,
(Ф.И.О. полностью)
проживающий по адресу: _____,
(по месту регистрации)
паспорт _____,
(серия, номер, дата выдачи,
_____ ,
наименование выдавшего органа)

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:
Я, паспорт: _____ выдан: _____
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным:
_____ (Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год рождения)

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. «О защите персональных данных» № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку государственным бюджетным учреждением здравоохранения Пермского края «Краевая клиническая психиатрическая больница» (далее - Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС, страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств на обмен (прием и передачу) моими персональными данными с медицинскими организациями, органам исполнительной власти, государственным структурам, а так же в порядке, установленном действующим законодательством с использованием машинных носителей информации по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будет осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной « _____ » _____ 20 _____ г. и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Контактный телефон (-ы): _____

Почтовый адрес: _____

Подпись субъекта персональных данных _____

Дополнительная информация: _____

« _____ » _____ 20 _____ г.

Подпись пациента/законного представителя

X

Расписался в моем присутствии:

Врач _____

(должность, и., о., фамилия)

X