

**Федеральное государственное учреждение санаторий «Трудовые резервы» Министерства здравоохранения  
Российской Федерации**

**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство**

Я, \_\_\_\_\_ законным представителям (родитель, усыновитель, попечитель, опекун, иной законный представитель) \_\_\_\_\_ добровольно даю свое согласие на проведение диагностический исследований:

Лабораторных  
Ультразвуковых  
Электрокардиографии

Лечебных мероприятий  
Внутримышечных инъекций  
Физиотерапевтические процедуры  
Массаж  
Лечебная физкультура

Я информирован о целях, характере и неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, возможности непреднамеренного применения вреда здоровью, а также о том, что предстоит делать до и во время их проведения. Я извещен о том, что мне необходимо регулярно следить о принятии назначенных препаратов и других методов лечения, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых, не прописанных препаратов. Я предупрежден и осознаю, что отказ от рекомендаций лечащего врача, режима приема препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на результатах здоровья.

Я поставил лечащего врача в известность обо всех проблемах. Связанных со здоровьем, в том числе аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных (представляемых) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, о принимаемых лекарственных препаратов, а также употреблении наркотических и токсических средств.

Я ознакомлен и согласен со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснили, мною поняты и добровольно даю согласие на обследования и лечения в предложенном объеме

Расписался в моем присутствии: врач \_\_\_\_\_

Подпись пациента (законного представителя) \_\_\_\_\_

**Согласие на обработку персональных данных (на основании и в порядке ст. 3,5,6,9,10 Федерального закона от 27.07.2006. №152-ФЗ «О персональных данных», ст.13 Федерального закона от 21.11.2011. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»**

Я, нижеподписавшийся(аяся), \_\_\_\_\_, проживающий по адресу: \_\_\_\_\_

Паспорт \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_ кем \_\_\_\_\_

Принимаю решение о предоставлении ФГБУ санаторий «Трудовые резервы» Минздрава России, 197183, Санкт - Петербург, Приморский проспект 89, персональных данных \_\_\_\_\_, законным представителям (родитель, усыновитель, попечитель, опекун, иной законный представитель) которым являюсь на основании

*(реквизиты доверенности или иного документа, подтверждающего полномочия представителя)*

И даю согласие на их обработку свободно, в своей воле и в своих интересах (в интересе представляемого мной лица). Мне разъяснили, что под обработкой персональных данных понимается любое действие (операция) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранения, уточнения (обновление, уточнение) изменение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ) обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных. К персональным данным в контексте настоящего согласия относятся следующие данные: фамилия, имя, отчество, дата, место рождения, возраст, пол, адрес, телефон адрес почтовой почты, сведения о месте работы и должности, номер основного документа, удостоверяющего личность, сведения о дачи и месте выдачи указанного документа и выдавшем его органе, номер полиса ОМС, номер полиса ДМС СНИЛС сведения о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью. Целью обработки персональных данных является оказание медицинских услуг должного качества, исполнение договора, идентификация стороны в рамках договора связь, в том числе направление уведомлений, запросов и информации касающихся оказания медицинских услуг, а также запросов и жалоб.

Способ обработки персональных данных - автоматизированный или неавтоматизированный.

Я согласен (согласна), что в соответствии со ст.6 ФЗ «о персональных данных» обработка моих персональных данных поручена ФГБУ санаторий «Трудовые резервы» Минздрава России, 197183, Санкт-Петербург, Приморский проспект 89, на основании заключенного с ним договора на поручение обработки персональных данных.

Настоящее согласие дано мной \_\_\_\_\_ (число, месяц, год)

Срок хранения моих персональных данных (персональных данных представляемого мной лица) соответствуют сроку хранения первичной медицинской документации и составляет 25 (двадцать пять) лет.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления письменного заявления, которое должно содержать паспортные данные, сведения о дате выдачи указанного документа и выдавшим его органе и может быть направленно мной в адрес учреждения по почте заказным письмом с уведомлением о вручении лично или под роспись лично или под расписку учреждения. На обработку персональных данных, в том числе персональных данных касающихся состояния здоровья, согласен (согласна), согласие на обработку персональных данных заполнено мной собственноручно.

Подпись \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_