

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

Мне \_\_\_\_\_, (Ф.И.О. потребителя) Паспорт: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ выдан

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ г., зарегистрированной по адресу: \_\_\_\_\_, квартира \_\_\_\_\_

(адрес регистрации потребителя) в рамках договора возмездного оказания медицинских услуг желающей (му) получить в Государственном бюджетном учреждении здравоохранения Тюменской области «Родильный дом №2», (далее по тексту – Учреждение, ГБУЗ ТО «Роддом №2») платные медицинские услуги, разъяснены мои права, предусмотренные ст. 19, 21 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Законом Российской Федерации от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей», Постановлением Правительства Российской Федерации от 11 мая 2023 г. N 736 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» Исполнитель уведомил меня о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя, также в соответствии с требованиями ст. 20, 22 Федерального закона № 323-ФЗ от 21.11.2011 года, я информирован, что необходимым предварительным условием оказания медицинской помощи является получение добровольного информированного согласия, а также имею право отказаться от получения медицинской помощи, и даю согласие:

**1. На оказание мне платных медицинских услуг.**

1.1. До получения платной медицинской услуги в ГБУЗ ТО «Родильный дом №2» и до заключения договора возмездного оказания медицинских услуг в доступной для меня форме, проинформирован(а) о нижеследующем:

- о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы, в рамках реализации Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Тюменской области, как в ГБУЗ ТО «Роддом № 2», так и в других медицинских организациях Тюменской области.

- о перечне платных медицинских услуг, предоставляемых ГБУЗ ТО «Роддом.№2» (Исполнитель), о ценах на платные услуги, условиях, форме и порядке их предоставления и оплаты;

- о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, уровне их профессионального образования и квалификации;

- мне предоставлена вся необходимая информация об учреждении, в том числе, о режиме работы учреждения, графике работы медицинских работников;

- информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;

- о состоянии моего здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения;

- об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению;

- о контролирующих органах, как по надзору в сфере здравоохранения, так и в сфере защиты прав потребителей (их адреса и телефоны), иная информация, предусмотренная правилами предоставления платных медицинских услуг.

- о сроках ожидания бесплатной и платной медицинской помощи;

- о порядке и сроках получения медицинской документации, выписок и заключений по результатам оказания платных медицинских услуг;

- сведения о лицензиях ГБУЗ ТО «Роддом.№2» на осуществление медицинской деятельности, я ознакомлен(а) с перечнем работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензиями.

**2. На обработку персональных данных.**

2.1. В соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» подтверждаю свое согласие на обработку ГБУЗ ТО «Роддом №2» 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 (СНИЛС), 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 возмездного оказания медицинских услуг.

2.3. Настоящее согласие предоставляется на осуществление особых действий в отношении моих персональных данных, которые необходимы для достижения указанных целей, а так же даю свое согласие на получение результатов лабораторных исследований на мой электронный адрес: V \_\_\_\_\_.

2.4. При передаче результатов лабораторных исследований по открытым каналам связи (электронная почта) ГБУЗ ТО «Роддом№2» 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.

Пациент \_\_\_\_\_  
ФИО \_\_\_\_\_

Врач \_\_\_\_\_  
(подпись) \_\_\_\_\_ ФИО \_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ дата

\_\_\_\_\_ дата