

Приложение № 4 к приказу главного  
врача № 81 от 29.09.2023г.

### Форма согласия на обработку персональных данных

#### Согласие на обработку персональных данных

Я, \_\_\_\_\_,  
(указывается Ф.И.О полностью)

настоящим даю своё согласие ГБУЗ РМ «Республиканская клиническая больница имени С.В Каткова» на обработку моих персональных данных (включая получение их от меня с учетом требований действующего законодательства РФ) и подтверждаю, что, давая такое согласие, я действую своей волей и в своих интересах. Согласие дается мной в целях оказания мед. услуги. Принятия решений или совершения иных действий, порождающих юридические последствия в отношении меня или других лиц, предоставления мне информации об оказываемых услугах, организации и осуществления учета пациентов ГБУЗ РМ «Республиканская больница имени С. В Каткова» и распространяется на следующую информацию: мои фамилия, имя, отчество, год, месяц, день и место рождения, адрес, семейное социальное положение, образование, профессия и любая иная информация, относящаяся к моей личности, доступная либо известная в любой конкретный момент времени ГБУЗ РМ «Республиканская клиническая больница имени С. В Каткова». Настоящее согласие предоставляется на осуществление любых действий в отношении моих персональных данных, которые необходимы или желаемы для достижения целей оказания медицинской услуги. Настоящее Согласие действует в течение срока оказания медицинской услуги и не менее трех лет с момента её оказания.

Потребитель \_\_\_\_\_ /

#### Форма информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство

##### Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

в порядке статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323 — ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»

Я, \_\_\_\_\_,  
(указывается Ф.И.О полностью)

настоящим подтверждаю, что ГБУЗ РМ «Республиканская клиническая больница имени С. В Каткова» поставило меня в известность о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой медицинской услуги, повлечь за собой невозможность её завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

Я информирован(-а) о том, что услуга, оказываемая по договору об оказании платной медицинской услуги, не входит в программу ОМС и не финансируется из средств фонда обязательного медицинского страхования и бюджетов различных уровней. Оплата услуги по договору об оказании платной медицинской услуги, является расходным обязательством исключительно Потребителя (Заказчика). ГБУЗ РМ «Республиканская клиническая больница имени С. В Каткова» не оплачивает и не производит возмещения денежных средств за обследования, лечение и консультации Потребителя, проводимые в других медицинских организациях.

Добровольно даю своё согласие на проведение мне, в соответствии с назначениями медицинского работника, возможных диагностических исследований, таких как : анализ крови общий и/или биохимический, исследование крови на наличие вируса иммунодефицита человека, вирусных гепатитов, бледной трепонемы, анализы мочи общий, электрокардиографии, проведение рентгеновских, ультразвуковых и эндоскопических исследований и лечебных мероприятий: прием таблетированных препаратов, инъекций, внутривенных вливаний, диагностических лечебных пункций, физиотерапевтических процедур. Необходимость других методов обследования будет мне разъяснена дополнительно.

Я обязуюсь поставить в известность медицинского работника обо всех проблемах связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах и/или процедурах. Я обязуюсь сообщить правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя; наркотических и токсических средств.

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

Разрешаю, в случае необходимости, предоставить информацию о моём диагнозе, степени тяжести и характере моего заболевания моим родственникам, законным представителям:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Потребитель \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_