

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ  
ВМЕШАТЕЛЬСТВО, РАЗРЕШЕНИЕ НА ПЕРЕДАЧУ ИНФОРМАЦИИ О ЗАБОЛЕВАНИИ И  
ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ**

Я \_\_\_\_\_,  
\_\_\_\_\_ года рождения, согласно моей воле получил(а) подробное разъяснение по поводу диагноза, особенностей течения моего заболевания, вероятной длительности лечения и прогнозу. Мне даны подробные разъяснения по плану обследования и лечения (разъяснены возможные варианты медицинского вмешательства, связанные с ними риски и их последствия), а также о сроках выполнения работ, режиме работы, условиях и видах оказания услуг (в том числе и платных услугах) и получения результата услуг, о месте оказания услуг, существующих льготах. Я получил(а) информацию об оказании бесплатных услуг в рамках Территориальной программы государственных гарантий оказания медицинской помощи, т.е. по месту жительства (в поликлинике), при наличии полиса обязательного страхования, СНИЛСА и паспорта.

Я поставил(а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, о наличии аллергических проявлений или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов.

Добровольно даю своё согласие на проведение мне (представляемому), в соответствии с назначением врача, диагностических исследований: анализа крови общего, определение группы крови и резус-фактора, биохимического, иммунологического, исследований крови, вирусные гепатиты, другие инфекционные заболевания, обследование на заболевания мочеполовой системы, анализа мочи общего и любых мероприятий: консультацию врача, прием таблетированных препаратов, инъекций, внутривенных вливаний, проведение вакцинации, различных манипуляций, проведение малоинвазивных методов лечения, оперативного вмешательства, анестезии. Я извещен(а) о необходимости соблюдать режим в ходе лечения, регулярно принимать назначенные препараты, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом приём любых, не прописанных препаратов (например, для лечения простуды, гриппа, головной боли и т.д.).

Я предупрежден(а), что отказ от лечения, несоблюдение рекомендаций врача, режима приёма препаратов, бесконтрольное самолечение могут осложнить лечение и отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

Я получил(а) информацию об альтернативных методах лечения и имел(а) возможность задать любые интересующие вопросы касательно моего заболевания и лечения, получил(а) на них удовлетворительные ответы. С предложенным планом лечения и обследования согласен (согласна).

Я согласен (согласна) на осмотр другими медицинскими работниками в медицинских целях с учётом сохранения тайны диагноза.

Пользуясь правом, предоставленным мне Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», ст. 9 Федерального закона «О персональных данных» № 152-ФЗ от 27.07.2006, Я даю СОГЛАСИЕ медицинскому персоналу ООО «ДНК нео-лаб» на предоставление и обработку (включающую сбор, систематизацию, накопление,

хранение, уточнение, обновление, изменение, использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование как ручным, так автоматизированным способом), моих персональных данных (включающих фамилию, имя, отчество, год, месяц, дату рождения, адрес и др. сведения) моего, а также информации о заболевании (включающих сведения о факте обращения за медицинской помощью, характере заболевания, его особенностях; прогнозе, о предстоящей операции и инвазивных диагностических процедурах, ожидаемых результатах и возможных последствиях, о степени риска об осложнениях, о течении послеоперационного периода, а также любые другие сведения о моём здоровье) с целью передачи в военно-врачебные комиссии, в бюро медико-социальной экспертизы, в бюро судебно-медицинской экспертизы в правоохранительные органы, а также для научных и учебных целей, для статистической отчетности и исследований, для освещения в научной литературе, для передачи другим лицам с целью улучшения качества лечения и диагностики заболевания.

Мне разъяснено, что согласие на обработку моих персональных данных и на передачу информации о заболевании может быть мною отозвано в любой момент в письменной форме.

Данное согласие вступает в силу с момента его подписания и действует до момента его письменного отзыва.

Данная информация прочитана мною лично, мне понятна, все вопросы разъяснены.

Настоящее согласие дано мной «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_  
20\_\_\_\_\_г. и действует бессрочно или до момента моего письменного отзыва.

**Пациент** \_\_\_\_\_ (подпись)