

## ЗАЯВЛЕНИЕ ПАЦИЕНТА

ФИО полностью: \_\_\_\_\_

Дата рождения: \_\_.\_\_.\_\_\_\_

Фактический адрес проживания:

\_\_\_\_\_

Адрес по месту постоянной регистрации: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Реквизиты документа, удостоверяющего личность (паспорт): серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

Кем выдан \_\_\_\_\_

Дата выдачи \_\_.\_\_.\_\_\_\_ Код подразделения \_\_\_\_\_

Контактный телефон: \_\_\_\_\_

Адрес электронной почты: \_\_\_\_\_

### I. СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

1.1. В соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.06 г. "О персональных данных" № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку уполномоченными сотрудниками Обществу с ограниченной ответственностью «Бавария Реха», расположенное по адресу: г. Москва, ул. Бахрушина 19, стр. 2 (далее – «Клиника») моих персональных данных, а именно: фамилию, имя, отчество, пол, место рождения, дату рождения, гражданство, место и дата регистрации, место жительства, адрес проживания, данные (реквизиты) документа, удостоверяющего личность (паспорта), адрес электронной почты, контактный телефон, реквизиты полиса ДМС (при наличии), СНИЛС, данные о состоянии моего здоровья (включая, в том числе, но не исключительно, анамнез, диагноз), случаях обращения за медицинской помощью, перечень, срок и объем оказанной медицинской помощи и иные персональные данные, обрабатываемые в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, а также в целях осуществления учета и контроля в системе обязательного и добровольного медицинского страхования, проведения контроля качества и безопасности медицинских услуг (далее – «Персональные данные»). Предоставляю Клинике право направлять мне информационные сообщения по вопросам, связанным с оказанием медицинских услуг, в том числе, но не исключительно, о подтверждении, отмене, изменении даты и времени записи на прием к врачу, о готовности результатов исследований и анализов. Предоставляю Клинике право осуществлять все действия (операции) с моими Персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Клиника вправе обрабатывать мои Персональные Данные посредством внесения их в электронную базу данных. Срок хранения моих Персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов. В процессе оказания Клиникой мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои Персональные данные другим должностным лицам Клиники, осуществляющим хозяйственную деятельность Клиники и третьим лицам, уполномоченным Клиникой на обработку персональных данных в связи с технической необходимостью обработки в базах данных Клиники при обязательном соблюдении условий о конфиденциальности обрабатываемых данных, Заказчику медицинских услуг и его уполномоченным представителям, по договору с которым мне будут оказаны медицинские услуги.

1.2. Настоящее согласие действует бессрочно. Я понимаю, что имею право отозвать свое согласие на обработку Персональных данных посредством передачи Клинике под расписку соответствующего письменного заявления на бумажном носителе. Если заявление направляется по почте или передается Клинике через иное лицо, то подлинность подписи на нем должна быть нотариально засвидетельствована.

### II. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ ДОСТУПА К ПЕРСОНАЛЬНЫМ ДАННЫМ ПАЦИЕНТА

2.1. Я уполномочиваю указанное ниже лицо (представителя) получать у Клиники конфиденциальную информацию в отношении меня, ставшую известной клинике в ходе оказания мне медицинских услуг, в том числе сведения, составляющие врачебную тайну. Указанная конфиденциальная информация может быть предоставлена указанному лицу при условии предоставления им документа, удостоверяющего личность. Я обязуюсь уведомить указанное лицо о передаче его персональных данных Клинике. Клиника прекращает обработку персональных данных представителя на основании его обращения:

Назначить представителя:  ДА  НЕТ

ФИО полностью: \_\_\_\_\_

Дата рождения: \_\_. \_\_. \_\_\_\_

Фактический адрес проживания:

Адрес по месту постоянной регистрации:

Реквизиты документа, удостоверяющего личность (паспорт): серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

Кем выдан \_\_\_\_\_

Дата выдачи \_\_. \_\_. \_\_\_\_ Код подразделения \_\_\_\_\_

Контактный телефон: \_\_\_\_\_

Адрес электронной почты: \_\_\_\_\_

2.2. Я даю свое согласие на предоставление Клиникой своих персональных данных, в том числе сведений, составляющих врачебную тайну. Я осведомлен(а), что несу личную ответственность за сохранность кодового слова.

Предоставлять мои персональные данные дистанционно при указании кодового слова:

ДА  НЕТ (кодовое слово \_\_\_\_\_)

2.3. Я даю свое согласие на направление результатов медицинских исследований по электронной почте. Я осведомлен(а), что сведения будут направляться через публичную сеть Интернет (Клиника не гарантирует безопасность связи от несанкционированного доступа) и поступать на незащищенные электронные адреса представителя, в связи с чем, отправитель (Клиника) не может нести ответственность за несанкционированный доступ к таким сведениям третьих лиц.

Направлять медицинскую информацию (результатов анализов/отчеты) по электронной почте:  ДА  НЕТ

(электронная почта \_\_\_\_\_)

### **III. УСЛОВИЯ ОБСЛУЖИВАНИЯ СТРАХОВЫХ ПАЦИЕНТОВ (ПРИМЕНИМО К ЗАСТРАХОВАННЫМ ПАЦИЕНТАМ ПО ПРОГРАММЕ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ)**

3.1. Я осведомлен(а) и соглашаюсь с тем, что медицинские услуги, оказываемые мне по страховой программе медицинского страхования оплачиваются Заказчиком (Страховой компанией) в соответствии с моей страховой программой. Услуги, которые не входят в мою страховую программу и не покрываются Страховой компанией, оплачиваются мной отдельно по действующему Прейскуранту Клиники на условиях публичного предложения о заключении договора на оказание медицинских услуг Клиники, действующего на момент оказания услуги.

С правилами внутреннего распорядка в Клинике, размещенными на информационных стендах в медицинских центрах, ознакомлен(а).

### **IV. ИНФОРМИРОВАНИЕ ПАЦИЕНТА О ВОЗМОЖНОСТИ ПОЛУЧЕНИЯ БЕСПЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

4.1. Я подтверждаю, что проинформирован(а) Клиникой о возможности получения медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий Российской Федерации бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

### **V. ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО**

5.1 В соответствии со статьей 20 Федерального закона № 323-ФЗ от 21.11.2011 г. "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» даю добровольное согласие на проведение в случае необходимости следующих диагностических процедур и манипуляций, проводимых в Клинике "Бавария Реха":

- медицинская консультация, а именно опрос, выявление жалоб, сбор анамнеза осмотр врача, консультация врача;
- процедуры мануальной терапии, массажа, лечебной гимнастики, физиотерапии;
- анализы крови, мочи, кала и других сред (общеклинические, биохимические, бактериологические, иммунологические и т.д.);

- пероральный прием лекарственных препаратов, ректальное введение лекарственных препаратов;
- парентеральное введение лекарственных препаратов (подкожные, внутримышечные и внутривенные инъекции, внутривенные вливания и т.д.);
- проведение паравerteбральных, внутримышечных блокад, внутрисуставное и околоуставное введение препаратов; использование методики “сухих игл”;
- наложение повязок различного рода, наложение и снятие швов, выполнение перевязок, наложение тейпов.

За исключением случаев, когда имеет место состояние здоровья, при котором имеется непосредственная угроза жизни, мне не должны выполняться следующие диагностические и лечебные манипуляции:

---

5.2. В случае возникновения во время обследования и лечения непредвиденных осложнений, угрожающих моему здоровью, я даю согласие на изменение характера лечения, проведение срочных диагностических, лечебных и организационных мероприятий, направленных на немедленное устранение всех болезненных состояний независимо от степени их тяжести и угрозы жизни, предусмотренные утверждёнными стандартами оказания медицинской помощи, действующими на территории Российской Федерации.

Мне будут в доступной форме разъяснены альтернативные методы обследования и лечения, а также возможные последствия моего отказа от обследования и лечения.

Я могу отказаться от обследования и лечения в любой момент, даже после подписания информированного согласия. Я утверждаю, что все интересующие меня вопросы мною заданы, все полученные ответы и разъяснения от медицинского персонала мною поняты, возможный риск предстоящего исследования, манипуляции мною осознан.

Я понимаю, что медицинским персоналом будут приниматься все необходимые меры для моего излечения, но никаких гарантий или обещаний относительно результатов лечения не может быть предоставлено.

Я понимаю, что мне может быть дана информация о том, кто именно будет выполнять исследование, манипуляцию, однако мне гарантируется, что данное лицо имеет соответствующую квалификацию и опыт, предусмотренный положениями действующего законодательства Российской Федерации.

Я знаю, что в моих интересах сообщить медицинскому работнику обо всех имеющихся у меня и известных мне проблемах со здоровьем, аллергических реакциях и индивидуальной непереносимости лекарств, о наличии у меня в прошлом или в настоящее время инфекционного гепатита, туберкулеза, венерических заболеваний (в том числе сифилиса и ВИЧ-инфекции), а также о злоупотреблении алкоголем и/или пристрастии к наркотическим препаратам.

Я осведомлен(а), что нарушение врачебных рекомендаций и показаний, а также сокрытие информации о состоянии моего здоровья может способствовать развитию/возникновению местных и/или общих осложнений, а также снижает качество оказанных услуг.

Я ознакомлен(а) со всеми пунктами настоящего документа и согласен(а) с ними.

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Подпись Пациента/представителя/ФИО Пациента /представителя

Врач Корчагин А.В. \_\_\_\_\_ (Ф.И.О., подпись)