

**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство при оказании медицинской помощи в рамках
клинической апробации методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации**

Я,

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента либо законного представителя пациента)

" ____ " _____ года рождения, зарегистрированный по адресу:

_____ (дата рождения пациента либо законного
представителя пациента)

_____ ,
(адрес регистрации пациента либо законного представителя пациента)

проживающий по адресу:

_____ ,
(указывается в случае проживания не по адресу регистрации)

даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство (виды медицинского вмешательства) (нужное подчеркнуть) при оказании медицинской помощи в рамках клинической апробации методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации (далее соответственно - Согласие, клиническая апробация) в отношении

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента, в отношении которого Согласие дает законный представитель пациента)

" ____ " _____ года рождения (заполняется при даче Согласия)

_____ (дата рождения пациента, в отношении которого Согласие
дает законный представитель пациента)

законным представителем пациента), законным представителем которого я являюсь,

в _____ ГАУЗ РБ "Санаторий для детей Нур г.Стерлитамак"

_____ (полное наименование медицинской организации или иной организации, осуществляющей наряду с основной (уставной)
деятельностью медицинскую деятельность, подведомственной федеральным органам исполнительной власти)

согласно протоколу клинической апробации

_____ (идентификационный номер и дата протокола)

Медицинским работником

_____ (должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, применяемые при оказании медицинской помощи в рамках клинической апробации, в том числе ранее не применявшиеся

_____ ,
(названия ранее не применявшихся методов, на которые дается Согласие)

связанный с ними риск, возможные варианты медицинского вмешательства, его последствия, в том числе прогнозируемые осложнения, указанные в конкретном протоколе клинической апробации, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи в рамках клинической апробации. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких (всех) видов медицинских вмешательств при оказании медицинской помощи в рамках клинической апробации на любом этапе ее оказания (в том числе в случае, если было оформлено Согласие) или потребовать его (их) прекращения.

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, номер телефона)

_____ (подпись)

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента либо законного представителя пациента,
номер телефона)

_____ (подпись)

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

" ____ " _____ г.
(дата оформления)

Отказ от медицинского вмешательства при оказании медицинской помощи в рамках клинической апробации методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента либо законного представителя пациента)
" ____ " _____ года рождения, зарегистрированный по адресу:
(дата рождения пациента либо законного представителя пациента)

(адрес регистрации пациента либо законного представителя пациента)

проживающий по адресу: _____
(указывается в случае проживания не по адресу регистрации)

отказываюсь от следующего медицинского вмешательства (следующих видов медицинского вмешательства) (нужное подчеркнуть) при оказании медицинской помощи в рамках клинической апробации методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации (далее соответственно - отказ, клиническая апробация) в отношении

(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента, в отношении которого отказ подписывает законный представитель пациента)

" ____ " _____ года рождения (заполняется при подписании отказа)
(дата рождения пациента, в отношении которого отказ подписывает законный представитель пациента)
законным представителем пациента), законным представителем которого я являюсь:

(наименование медицинского вмешательства (видов медицинского вмешательства))

В _____
(полное наименование медицинской организации или иной организации, осуществляющей наряду с основной (уставной) деятельностью медицинскую деятельность, подведомственной федеральным органам исполнительной власти)

согласно протоколу клинической апробации _____
(идентификационный номер и дата протокола)

Медицинским работником _____
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены возможные последствия отказа, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния).

(подпись) _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента либо законного представителя пациента, номер телефона)

(подпись) _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

" ____ " _____ г.
(дата оформления)

СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных несовершеннолетних

Я, представитель Пациента, _____,

(Ф.И.О. представителя полностью)

зарегистрированный по адресу: _____,

проживающий по адресу: _____,

на основании: _____

(степень родства и/или документ, подтверждающий опеку/попечительство/усыновление/удочерение пациента;
реквизиты доверенности или иного документа, подтверждающего полномочия представителя пациента)

представляющий интересы Пациента _____

(Ф.И.О. Пациента полностью)

зарегистрированного по адресу: _____,

проживающего по адресу: _____,

(дата и название выдавшего органа)

в соответствии с требованиями ст.ст.23,24 Конституции РФ, статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», статьи 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» **я даю свое согласие** на обработку **ГАУЗ РБ "Санаторий для детей Нур г.Стерлитамак"** расположенному по адресу: г.Стерлитамак ул. Артема д. 5 А (далее – Оператор), моих персональных данных, персональных данных представляемого мной лица, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты паспорта (документа, удостоверяющего личность), реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), реквизиты справки МСЭ, место работы, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью и другую информацию - в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг по договору, осуществление иных, связанных с этим мероприятий, а также в целях организации внутреннего учета Оператора, при условии сохранения врачебной тайны.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, передачу, обезличивание, блокирование, уничтожение.

Оператор вправе осуществлять следующие способы обработки персональных данных: на бумажных носителях, в информационных системах персональных данных с использованием и без использования средств автоматизации, а также смешанным способом.

В процессе оказания Оператором медицинских услуг представляемому мной лицу я предоставляю право Оператору передавать мои персональные данные, персональные данные представляемого мной лица, в том числе составляющие врачебную тайну, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту, в интересах обследования представляемого мной лица, лечения и учета следующим лицам:

- должностным лицам Оператора, а также лицам, обрабатывающим персональные данные с Оператором на основании заключенного с ним договора;

- страховым медицинским организациям (в рамках ОМС), контролирующим органам: ФОМС, ТФОМС, Пенсионный фонд РФ, ФНС, ФСС, Росстату, иным государственным органам.

Срок хранения моих персональных данных, персональных данных представляемого мной лица соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет двадцать пять лет.

Передача моих персональных данных, персональных данных представляемого мной лица иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего дополнительного письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной « ____ » _____ **20** г. и действует бессрочно.

Условием прекращения обработки персональных данных является получение Оператором моего письменного уведомления об отзыве Согласия на обработку персональных данных.

Настоящее Согласие вступает в силу со дня его подписания и действует в течение неопределенного срока.

Подпись субъекта персональных данных _____

_____ расшифровка подписи