|  |
| --- |
| Стат. талон напечатан |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение №3 к публичному предложению о заключении договора  на оказание платных медицинских услуг |
|  | Общество с ограниченной ответственностью "Стандарт здоровья"  654038,РФ,Кемеровская область,г.Новокузнецк, пр. Советской Армии,48 офис 101  ОГРН 1204200007043 |

**ЗАЯВЛЕНИЕ ПАЦИЕНТА**

|  |
| --- |
| **Кононенко Анна Алексеевна, «04» февраля 1951 г.**  **Адреc постоянной регистрации: Кемеровская обл, Новокузнецк г, Франкфурта ул, д.22, кв.14**  **Контактный телефон: +7(951)612-34-70** |

(сведения о Пациенте с указанием данных Пациента: Ф.И.О. полностью, дата рождения, фактический адрес проживания, адрес постоянной регистрации контактный телефон, реквизиты документа, удостоверяющего личность: серия и номер, дата выдачи, наименование выдаете органа, выдавшего документ)

**I. Согласие на обработку персональных данных**

В соответствии с требованиями ст. 9 ФЗ «О персональных данных» от 27.07.2006г. №152-ФЗ подтверждаю свое согласие на обработку уполномоченными сотрудниками Общество с ограниченной ответственностью "Стандарт здоровья", 4253047864, 654038,РФ,Кемеровская область,г.Новокузнецк, пр. Советской Армии,48 офис 101 (далее-«Оператор», «Медицинский центр») 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, моих биометрических персональных данных, а именно: моего видеоизображения и аудиозаписи моего голоса, данные о состоянии моего здоровья (включая, в том числе, но неисключительно, 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 Оператору 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 Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими Персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои Персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных Оператора. Срок хранения моих Персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов. В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои Персональные данные другим должностным лицам Оператора, осуществляющим хозяйственную деятельность Оператора и третьим лицам, уполномоченным Оператором на обработку персональных данных в связи с технической необходимостью обработки в базах данных Оператора при обязательном соблюдении условий о конфиденциальности обрабатываемых данных. Заказчику медицинских услуг и его уполномоченным представителям, по договору с которым мне будут оказаны медицинские услуги.

Даю свое согласие и предоставляю Оператору право направлять мне на мой электронный адрес информационные сообщения с результатами исследований и анализов.

Настоящее согласие действует бессрочно. Пациент вправе отозвать свое согласие на обработку Персональных данных посредством передачи Оператору под расписку соответствующего письменного заявления на бумажном носителе. Если заявление направляется по почте или передается Оператору через иное лицо, то подлинность подписи па нем должна быть нотариально засвидетельствована.

|  |  |
| --- | --- |
| **14.04.2022** | **Кононенко Анна Алексеевна** |
| (дата) | (Фамилия, Имя, Отчество и подпись Пациента) |

**II. Дополнительные условия доступа к персональным данным Пациента**

Уполномочить третье лицо выступать моим представителем в Медицинском центре: ДА 🞎 НЕТ 🞎

**III. Условия обслуживания страховых пациентов (применимо к застрахованным пациентам по программе медицинского страхования)**

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 Медицинского центра на условиях публичного предложения о заключении договора на оказание платных медицинских услуг Медицинского центра, действующего на момент оказания услуги.

С Правилами внутреннего распорядка в Медицинском центре, размещенными на информационных стендах в Медицинском центре, ознакомлен(а).

**IV. Информирование пациента о возможности получения бесплатной медицинской помощи**

Я подтверждаю, что проинформирован(а) Медицинским центром 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.

Я получил(а) информацию о Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, режиме работы учреждения, месте его нахождения, об имеющейся лицензии, осуществляемой медицинской деятельности, о врачах, об уровне их образования и квалификации - сданной информацией ознакомился:

Я проинформирован(а) о правах пациента, в том числе о праве на отказ от медицинского вмешательства, возможности допуска адвоката, законного представителя и священнослужителя.

Подписывая данное согласие, я однозначно выражаю свою волю, и желаю получить медицинские услуги на платной основе в Общество с ограниченной ответственностью "Стандарт здоровья".

Моё решение об оказании мне (представляемому мною пациенту) медицинских услуг на платной основе (вне рамок обязательного медицинского страхования и Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи) принято в связи с моим собственным добровольным желанием и целенаправленным, осознанным выбором предприятия в котором оказываются платные медицинские услуги (Общество с ограниченной ответственностью "Стандарт здоровья").

Я информирован(а) и согласен(а), что оказываемые мне платные медицинские услуги не могут быть возмещены из средств ОМС (бюджетных средств) и не будут возмещаться страховой компанией, в которой я застрахован(а) по ОМС.

Я подтверждаю, что не нахожусь в стесненных или вынужденных обстоятельствах.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **14.04.2022** |  | **Кононенко Анна Алексеевна** |
| (дата) | (подпись) | (Ф.И.О. пациента) |

Заявление принято

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **14.04.2022** |  | **Корнелюк Ольга Николаевна** |
| (дата) | (подпись) | (Ф.И.О. представителя ООО "Стандарт здоровья") |

М.П.

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение №4  к публичному предложению о заключении договора на оказание платным медицинских услуг (по форме Приложения №2 к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12.11.2021г. №1051н(в ред. Приказа Минздрава России от 10.08.2015 № 549н)) |

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, **Кононенко Анна Алексеевна**

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)

**«04» февраля 1951 г.** г. рождения, зарегистрированный по адресу:

(дата рождения гражданина либо законного представителя)

**Кемеровская обл, Новокузнецк г, Франкфурта ул, д.22, кв.14**

(адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

проживающий по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указывается в случае проживания не по месту

регистрации)

в отношении \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании

согласия законным представителем)

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г. рождения, проживающего по адресу:

(дата рождения пациента при подписании

законным представителем)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

(в случае проживания не по месту жительства законного представителя) даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в [Перечень](consultantplus://offline/ref=18DAD329E3EF6619B97742E22078431E5EAA05B20586B52743F22E59650510E5ECBE969CD0CA24A02ED38A898F247A0DC80491FF3931A14B74iFH) определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н [<1>](#P84) (далее – виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в **Общество с ограниченной ответственностью "Стандарт здоровья", 4253047864, 654038,РФ,Кемеровская область,г.Новокузнецк, пр. Советской Армии,48 офис 101**

(полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником **Врач ультразвуковой диагностики / Винников Евгений Евгеньевич**

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

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в [Перечень](consultantplus://offline/ref=18DAD329E3EF6619B97742E22078431E5EAA05B20586B52743F22E59650510E5ECBE969CD0CA24A02ED38A898F247A0DC80491FF3931A14B74iFH), или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных [частью 9 статьи 20](consultantplus://offline/ref=18DAD329E3EF6619B97742E22078431E5CA005BF0286B52743F22E59650510E5ECBE969CD0CA26A624D38A898F247A0DC80491FF3931A14B74iFH) Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в

Российской Федерации". Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым)

в соответствии с [пунктом 5 части 5 статьи 19](consultantplus://offline/ref=18DAD329E3EF6619B97742E22078431E5CA005BF0286B52743F22E59650510E5ECBE969BD0C22FF4769C8BD5C972690EC90492FD2573i2H) Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 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:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | |
| (Ф.И.О. гражданина, контактный телефон) | | |
|  |  | **Кононенко Анна Алексеевна** |
| (подпись) |  | (Ф.И.О. гражданина ) |
|  |  | **Винников Евгений Евгеньевич** |
| (подпись) |  | (Ф.И.О. медицинского работника) |

**«14» апреля 2022 г.** г.

(дата оформления)

**ПЕРЕЧЕНЬ**

определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи(в соответствии с Приказом Министерства Здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012г. N390и) Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование. 2. Антропометрические исследования. 3. Термометрия. 4. Тонометрия. 5. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций. 6. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций. 7. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы). | 1. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические. 2. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлуометрия, рэоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных). 3. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, допплерографические исследования. 4. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно. 5. Медицинский массаж. 6. Лечебная физкультура. 7. Опрос, в том числе выявление жалоб. |

В случае необходимости допускается проведение других диагностических и лечебных манипуляций.