

**Согласие
пациента на обработку персональных данных**

Я, Иванов Иванов Иванович

проживающий по адресу: Московская область, г. Москва, ул.Ставропольская 1, кв.1

Паспорт серия 0000 № 000000 выдан ГУ УУ РФ «1» января 2020 в соответствии с требованиями ст.9 №

152-ФЗ от 27.07.2006 г. «О персональных данных» в целях оказания мне медицинских услуг

подтверждаю свое согласие на обработку ИП Богданов Д.В., расположенным по адресу: 344011 г.

Ростов-на-Дону, пр-кт Сиверса 32 н/п 4 (далее-Оператор); сведения об информационных ресурсах

Оператора, посредством которых может предоставляться доступ ограниченному кругу лиц и иные

действия с персональными данными субъекта персональных данных: официальный сайт www.doctorprof.ru e-mail клиники: doctorprof@list.ru

моих персональных данных, в т.ч. разрешенных субъектом персональных данных для распространения, следующих категорий персональных данных: фамилии, имени, отчества, пола, даты рождения, адреса места жительства, телефона, адреса электронной почты, места работы/учебы, данных паспорта (или иного документа удостоверяющего личность), данных полиса ОМС, страхового номера индивидуального лицевого счета (СНИЛС);

- специальные категории персональных данных: информации о состоянии моего здоровья, случаях обращения за медицинской помощью, сведениях о диагностических мероприятиях, установлении диагноза, назначенном и проведенном лечении, данных рекомендациях.

В соответствии с требованиями ст. 10 № 153-ФЗ от 27.07.2006 г. «О персональных данных» даю согласие на обработку моих персональных данных Оператором при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

Оператор имеет право:

-при обработке моих персональных данных вносить их в реестры, базы данных автоматических информационных систем для формирования отчетных форм и иных сведений, предоставление которых регламентировано договорами или иными документами, определяющими взаимодействие Оператора со страховыми медицинскими организациями, органами управления здравоохранения, иными организациями;

-с целью выполнения своих обязательств, предусмотренных нормативными правовыми актами или договорами, на предоставление, передачу моих персональных данных иным организациям, при условии, что указанные данные и их передача будут осуществляться с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих защиту моих персональных данных от несанкционированного доступа, а также при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну. Даю согласие на то, что срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения медицинской карты, предусмотренного действующим законодательством. По истечении указанного срока хранения моих персональных данных Оператор обязан уничтожить все мои персональные данные, включая все копии на бумажных носителях информации.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться с моего письменного согласия и в соответствии с требованиями действующего законодательства.

Предоставляю ИП Богданову Д.В. право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, распространение, обезличивание, блокирование, уничтожение, на срок хранения медицинской документации.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие полностью или частично путем подачи письменного заявления при личном обращении к ИП Богданову Д.В. при предъявлении документа, удостоверяющего личность. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку моих персональных данных Оператор обязан прекратить: включая сбор, систематизацию, накопление, обновление, изменение, использование, распространение, обезличивание, блокирование на срок хранения медицинской документации. При этом ИП Богданов Д.В. продолжает осуществлять хранение всей имеющейся документации на срок, предусмотренный действующим законодательством с последующим уничтожением.

Подпись субъекта персональных данных _____ Иванов И.И.

Согласие получено «16» июня 2025

**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство,
объем и условия оказываемых платных медицинских услуг**

Я, Иванов Иванов Иванович проживающий по адресу: Московская область, г. Москва, ул.Ставропольская 1, кв.1

Паспорт: серия 0000 номер: 000000 кем и когда выдан: ГУ УУ РФ «1» января 2020

Желаю получить платные медицинские услуги в Клинике Доктор Проф ИП Богданова Д.В.

Даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень 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 (далее - Перечень), для получения мною в Клинике Доктор Проф (ИП Богданов Д.В.) **первичной и специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях:** 1.Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза. 2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, ректальное исследование. 3. Антропометрические исследования. 4. Термометрия. 5. Тонометрия. 12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно. 13. Забор образцов крови для проведения лабораторных анализов в рамках обследования. 14. Ректороманоскопия. 15. Аноскопия.

медицинским работником : врач-колопроктолог _____ (Ф.И.О. мед. 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, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации". (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2012, N 26, ст. 3442, 3446).

-Мне, согласно моей воле, дали полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания.

-Я согласен на проведение контрольных фотоснимков до, в процессе и после лечения для сравнительной оценки результатов; на возможное использование Исполнителем или его сотрудниками данных, полученных при обследовании и лечении Пациента, в том числе – слайдов, фотографий, видео, отзывов, мнения и т.д., для изучения другими специалистами, для научных или рекламных целей в публикациях, на врачебных обществах, сайте, социальных сетях клиники в Интернет и т.д., при условии: строгой анонимности и без указания Ф.И.О.,

- Я ознакомлен(а) с порядком и правилами лечебно-охранительного режима, установленного в Клинике Доктор Проф (ИП Богданов Д.В.) и обязуюсь их соблюдать.

Дополнительная информация:

- я извещен(а) о том, что мне (представляемому) необходимо регулярно принимать назначенные препараты, другие методы лечения, немедленно сообщить врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом приемы любых, не прописанных лекарств;
- я предупрежден(а) и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима приема препаратов, самовольное использование медицинских препаратов и оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья;
- я поставил(а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе, о хронических заболеваниях, об аллергических проявлениях и индивидуальной непереносимости лекарственных средств, обо всех перенесенных мной (представляемым) и известных травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого), во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах;
- я сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств;
- я ознакомлен(а) и согласен(а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю согласие на обследование и лечение в предложенном объеме;

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 ФЗ от 21.11.2011 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): e-mail для сообщений _____

Врач- колопроктолог: _____ Ф.И.О. _____)

Иванов И.И. _____ (Ф.И.О., подпись гражданина или законного представителя)

«16» июня 2025