

СОГЛАШЕНИЕ ОБ ОБОРОТЕ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОЙ ИНФОРМАЦИИ ПАЦИЕНТА

Я, нижеподписавшийся (-аяся) _____,
(Ф.И.О. полностью)

проживающий (-ая) по адресу: _____,
(по месту регистрации)

паспорт _____, выдан _____,
(серия и номер) (дата, наименование выдавшего органа)

в соответствии с требованиями Федерального закона от 21.11.2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152 - ФЗ «О персональных данных»

1. Разрешаю предоставлять информацию о своем состоянии здоровья, проводимом лечении, результатах медицинских вмешательств и т.п. _____
(коллегам, руководителям

организации или учреждения, в котором вы работаете, сотрудникам банка, в котором вы получили кредит, соседям, иным

лицам, которые могут поинтересоваться информацией о вас во время вашего пребывания в медицинской организации или

проведения амбулаторного лечения)

2. Запрещаю передавать такую информацию:

3. Разрешаю предоставлять информацию консультантам (внешним и внутренним), которых планируется пригласить для уточнения диагноза заболевания или коррекции проводимого лечения: _____.
(да/нет)

4. Разрешаю внесение информации, относящейся к категории конфиденциальной, в лист временной нетрудоспособности, выписку из медицинской карты и т.п.: _____.
(да/нет)

5. Разрешаю использование моих персональных данных в обезличенном виде в статистических научных исследованиях, публикациях: _____.
(да/нет)

6. Даю свое согласие на использование моих персональных данных в учебно-педагогическом процессе, моего общего изображения или изображения отдельных частей моего тела для показа в научных или учебных презентациях в виде фотографий, кино- и видеоматериалов и иных иллюстраций: _____.
(да/нет)

7. Согласен/согласна получать информацию о своем состоянии здоровья, результатах медицинских вмешательств, прогнозе для здоровья и жизни: _____.
(да/нет)

8. Согласен/согласна получать информацию о своем состоянии в случае неблагоприятного прогноза для здоровья и жизни _____
(в полном объеме, частично или категорически отказываюсь получать такую информацию)

9. Согласен/согласна на передачу информации о себе в справочную службу медицинской организации или централизованную справочную службу населенного пункта (региона): _____.
(да/нет)
10. Я предупрежден (-а) о том, что мои персональные данные могут быть предоставлены третьим лицам без моего согласия в строго определенных законодательством РФ случаях.
11. Я предупрежден (-а) о том, что мои персональные данные, в соответствии с законодательством РФ, будут передаваться контролирующим органам без моего дополнительного согласия.

Информация о моем состоянии здоровья и результатах оказания медицинской помощи должна быть передана _____
(указать ФИО, паспортные данные, адрес регистрации доверенного лица)

Также доверенное лицо наделено дополнительными полномочиями решать вопрос о целесообразности или возможности выполнения того или иного медицинского вмешательства. В случае если я буду не в состоянии дать согласие на медицинское вмешательство, доверенное лицо может выступать представителем моих интересов и подписывать согласие на предлагаемое медицинское вмешательство, изменение плана медицинского вмешательства или замену медицинского вмешательства, согласие на которое я уже дал (-а) перед тем, как утратил (-а) способность воспринимать и осознавать информацию.

«__» _____ 20__ г.

(подпись)

(расшифровка)