

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

Я, _____
(Ф.И.О. гражданина)

"__" _____ г. рождения, паспорт (серия, №) _____
зарегистрированный по адресу: _____
(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

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 (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082) (далее - Перечень), а именно: 1. Опрос (жалобы, сбор анамнеза) 2. Осмотр 3. Термометрия 4. Тонометрия для получения первичной медико-санитарной помощи / получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 91» Медицинским работником

_____ (должность, Ф.И.О. 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, 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).

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 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)

_____ (Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

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

_____ (подпись) (Ф.И.О. медицинского работника)

"__" _____ г.
(дата оформления)

ЗАЯВЛЕНИЕ О СОГЛАСИИ ПАЦИЕНТА НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, нижеподписавшийся (Ф.И.О. полностью) _____
проживающий по адресу (по месту регистрации) _____
паспорт (серия и номер) _____
выдан (дата и название выдавшего органа) _____
законный представитель - _____
проживающего(шей) _____

в соответствии с требованием статьи 9 Федерального закона от 27.07.06 г. "О персональных данных" №152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку СПб ГБУЗ "ГОРОДСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА №91" (далее Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактный(е) телефон(ы), реквизиты полиса ОМС (ДМС), реквизиты документа, удостоверяющего личность, страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, обязанным сохранять врачебную тайну. В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я представляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора в интересах моего обследования и лечения. 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, включая в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС (договором ДМС). Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (по договору ДМС) на обмен (приём, передачу) персональными данными лица, законным представителем которого я являюсь, со страховой медицинской организацией и территориальным фондом ОМС с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка осуществляется лицом, обязанным хранить профессиональную тайну. Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты). Настоящее согласие действует бессрочно. Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия. Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручен под расписку представителем Оператора. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчётов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Настоящее согласие дано мной и действует на период обработки моих персональных данных.

Дата _____

Подпись субъекта персональных данных _____

Подпись медицинского работника _____

ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ

на проведение вакцинации против новой коронавирусной инфекции вакциной

ГАМ-КОВИД ВАК

(Название вакцины)

1. Я, нижеподписавшийся(аяся) _____

« _____ » _____ года рождения,

зарегистрированный по адресу: _____

настоящим подтверждаю то, что проинформирован(а) врачом:

а) о том, что профилактическая вакцинация — это введение в организм человека медицинского иммунобиологического препарата для создания специфической невосприимчивости к новой коронавирусной инфекции (COVID—19) у взрослых.

б) о необходимости проведения профилактической вакцинации, 2 этапах вакцинации и противопоказаниях к ее проведению;

в) о возможных поствакцинальных осложнениях (общих: непродолжительный гриппоподобный синдром, характеризующийся ознобом, повышением температуры тела, артралгией, миалгией, астенией, общим недомоганием, головной болью и местных: болезненность в месте инъекции, гиперемия, отечность), которые могут развиваться в первые-вторые сутки после вакцинации и разрешаются в течение 3-х последующих дней;

г) о необходимости обязательного медицинского осмотра перед проведением этапов вакцинации (апри необходимости медицинское обследование);

д) о выполнении предписаний медицинских работников.

Я имел(а) возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получил(а) исчерпывающие ответы.

Получив полную информацию о необходимости проведения профилактической вакцинации для профилактики коронавирусной инфекции, вызываемой вирусом SARS-CoV-2, возможных прививочных реакциях и поствакцинальных осложнениях, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, и добровольно соглашаюсь на проведение вакцинации против коронавирусной инфекции, вызываемой вирусом SARS-CoV-2.

Я, нижеподписавшийся(аяся) _____

(фамилия, имя, отчество)

(добровольно соглашаюсь (отказываюсь) от проведения вакцинации против коронавирусной инфекции, вызываемой вирусом SARS-CoV-2).

Дата _____ Подпись _____

Врач _____

(фамилия, имя, отчество)

Анкета пациента

ФИО		
Дата рождения	да	нет
Болеете ли Вы сейчас?		
Были ли у Вас контакты с больными с инфекционными заболеваниями в последние 14 дней? Анализ на антитела и мазок ПЦР сдавать отказываюсь _____ (подпись)		
Болели ли Вы COVID-19? (если да, то когда)		
Последние 14 дней отмечались ли у Вас:		
Повышение температуры		
Боль в горле		
Потеря обоняния		
Насморк		
Потеря вкуса		
Кашель		
Затруднение дыхания		
Делали ли Вы прививку от гриппа или пневмококка Если «да» указать дату ____		
Были ли у Вас аллергические реакции?		
Есть ли у Вас хронические заболевания? Указать какие _____		
Какие лекарственные препараты Вы принимаете последние 30 дней _____		
Принимаете ли Вы преднизолон?		
Принимаете ли Вы противоопухолевые препараты?		
Принимаете ли Вы противовирусные препараты?		
Проводилась ли Вам лучевая терапия в течение последнего года?		
Были ли у Вас побочные реакции на вакцинацию в прошлом?		
Для женщин:		
Вы беременны или планируете забеременеть в ближайшее время?		
Кормите ли Вы в настоящее время грудью?		

Памятку пациента о проведении вакцинации против COVID-19 получил

Дата

Подпись

(подпи