

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, _____
ФИО, документ (паспорт) серия, номер, кем выдан, дата выдачи
Проживающий(-ая) по адресу: _____

Даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, включенное в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие, утверждённый приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390Н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N24082) (далее –Перечень) на оказание мне медицинской услуги: взятие мазка на выявление РНК коронавируса SARS-COV2 в рамках получения первичной медико-санитарной помощи / первичной специализированной медико-санитарной помощи, оказываемой Обществом с ограниченной ответственностью «Независимая лаборатория ИНВИТРО», ФБУЗ ФЦГиЭ Роспотребнадзора. Медицинским работником в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанные с ними риски, 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.

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 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:

(Ф.И.О. выбранного гражданина, контактный телефон, в случае отсутствия - прочерк)

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

СОГЛАСИЕ на обработку персональных данных

В соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», в целях оказания мне медицинских услуг, подтверждаю свое согласие на обработку ФБУЗ «Федеральный центр гигиены и эпидемиологии» Роспотребнадзора (ИНН 7726008570, адрес местонахождения: 117105, Москва, Варшавское шоссе, дом 19А), ООО «Независимая лаборатория ИНВИТРО» (ИНН 7710294238, ЕГРЮЛ 1037739468381, адрес местонахождения: 125047, г. Москва, ул. 4-я Тверская-Ямская, д. 16, корп. 3, этаж 3, помещение I, комната 3) (далее по тексту - Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, год, месяц, дату и место рождения, пол, гражданство, место жительства, в том числе сведения о регистрации по месту жительства, месту проживания, месту работы, реквизиты документа, удостоверяющего личность (серия, номер, дата выдачи, наименование и код подразделения органа выдавшего документ), реквизиты полисов медицинского страхования, страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), сведения об оказанной медицинской помощи, сведения о мерах социальной поддержки, данные о состоянии здоровья, в том числе, содержащие врачебную тайну в целях оказания **медицинской услуги: взятие мазка на выявление РНК коронавируса SARS-COV2 в рамках получения первичной медико-санитарной помощи / первичной специализированной медико-санитарной помощи**, обеспечения соблюдения законов Российской Федерации и иных нормативных правовых актов Российской Федерации, уведомления субъекта персональных данных о результатах исследования с использованием федеральной государственной информационной системы «Единый портал государственных и муниципальных услуг» на наличие возбудителя коронавирусной инфекции (COVID-19) и Организатора мероприятия на наличие возбудителя коронавирусной инфекции (COVID-19).

Предоставляю Оператору право осуществлять при обработке моих персональных данных все действия (операции) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в информационные хранилища (электронную базу данных, списки, реестры, регистры).

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения медицинской документации.

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 в письменной форме, которое может быть направлено в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

Настоящее согласие дано мной и действует 1 (один) год, в случае если согласие не отозвано в письменной форме.

ДАТА ЗАПОЛНЕНИЯ _____ 2023 года

(подпись)

(Ф.И.О.)