

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ВИДЫ МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ**

Я, \_\_\_\_\_ дата рождения \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина)

зарегистрированный(-ая) по адресу \_\_\_\_\_  
(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

документ \_\_\_\_\_ серия, номер \_\_\_\_\_ выдан, дата, \_\_\_\_\_  
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. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее - Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи / получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в ООО "БиоМед+", в т.ч. выполнение медицинских манипуляций направленных на забор биологического материала для проведения лабораторных медицинских анализов: кровь венозная, кровь капиллярная, урологический мазок/соскоб, гинекологический мазок/соскоб, иной мазок . пр.

Медицинским работником 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. № 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) ✓ \_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
E-mail:  
(контактный телефон, e-mail)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина) \_\_\_\_\_  
(подпись) \_\_\_\_\_  
(дата оформления)

**Согласие на обработку персональных данных.**

Я, \_\_\_\_\_  
Настоящим даю свое согласие на обработку в ООО "БиоМед+" моих персональных данных, к которым относятся:

- фамилия, имя, отчество;
- пол;
- дата рождения;
- результаты выполненных медицинских исследований (анализов);
- другая информация, необходимая для правильного проведения и интерпретации результатов медицинских исследований (анализов).

Я даю согласие на использование моих персональных данных в целях выполнения обязательств по договору оказания платных медицинских услуг № \_\_\_\_\_. Настоящее согласие предоставляется на осуществление действий в отношении моих персональных данных, которые необходимы или желаемы для достижения указанных выше целей, включая (без ограничения) сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передачу третьим лицам, обезличивание, блокирование, а также осуществление иных действий с моими персональными данными, предусмотренных действующим законодательством РФ. ООО "БиоМед+" гарантирует, что обработка моих личных персональных данных осуществляется в соответствии с действующим законодательством РФ. Я проинформирован, что ООО "БиоМед+" будет обрабатывать мои персональные данные как неавтоматизированным, так и автоматизированным способом обработки.

При передаче результатов исследований по открытым каналам связи (телефон, электронная почта) ООО "БиоМед+" не несет ответственности в случае возможного нарушения конфиденциальности передаваемой информации. Я, принимая такое решение, понимаю риск возможного нарушения конфиденциальности передаваемой информации.

Данное Согласие дано на неопределенный срок.

Согласие может быть прекращено по моему письменному заявлению.

Подпись \_\_\_\_\_ ✓ \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина) \_\_\_\_\_  
(подпись)

Подпись \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. сотрудника) \_\_\_\_\_  
(подпись)

Дата оформления 05.10.2023