

Приложение №1 к договору

№ _____ от « _____ » _____ 20__ г.

Добровольное информированное согласие
об объеме и условиях оказываемых платных медицинских услуг

г. Саранск « _____ » _____ 20__ г.

Я, ПОТРЕБИТЕЛЬ _____
(Ф.И.О. ПОТРЕБИТЕЛЯ)

В рамках договора на оказание платных медицинских услуг, желаю получить **платные медицинские услуги** в Государственном бюджетном учреждении здравоохранения Республики Мордовия «Мордовская республиканская центральная клиническая больница», при этом мне разъяснено, что при предоставлении платных медицинских услуг соблюдаются порядки оказания медицинской помощи, утвержденные Министерством здравоохранения Российской Федерации, и мною осознано следующее:

1. Я, получив от сотрудников Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Республики Мордовия «Мордовская республиканская центральная клиническая больница» полную информацию о возможности и условиях получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, **даю свое согласие на оказание мне платных медицинских услуг и готов их оплатить.**
2. Я выражаю добровольность в получении платных медицинских услуг, мною рассмотрены различные варианты получения медицинских услуг, и то, что мне могут быть оказаны аналогичные медицинские услуги в других медицинских учреждениях, на других условиях и на бесплатной основе в рамках программ государственных гарантий.
3. Мне разъяснено и я осознал (а), что проводимое лечение мне **не гарантирует 100 % результат** и что при проведении медицинской услуги и после нее, как в ближайшем, так и в отдаленном периоде, возможны различные осложнения.
4. Я согласен (согласна) с тем, что используемая технология медицинской помощи **не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений**, обусловленных биологическими особенностями организма, и в случае когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Мордовия «Мордовская республиканская центральная клиническая больница» не несет ответственности за их возникновение.
5. Мною добровольно, без какого-либо принуждения и по согласованию с врачом выбраны медицинские услуги, указанные в договоре, которые я хочу получить в Государственном бюджетном учреждении здравоохранения Республики Мордовия «Мордовская республиканская центральная клиническая больница» и согласен (на) их оплатить в порядке и на условиях предусмотренных настоящим Договором на оказание платных медицинских услуг.
6. Я ознакомлен (на) с действующим прейскурантом платных медицинских услуг и согласен (на) оплатить стоимость указанной медицинской услуги в соответствии с ним. Мне разъяснено, что я могу получить как один из видов платных медицинских услуг, так и несколько видов услуг.
7. Я проинформирован (а), что по поводу имеющегося у меня заболевания могу получить медицинскую помощь в других медицинских организациях, и **подтверждаю свое согласие** на получение указанной медицинской услуги в Государственном бюджетном учреждении здравоохранения Республики Мордовия «Мордовская республиканская центральная клиническая больница».
8. Я удостоверяю, что текст данного добровольного информированного согласия об объеме и условиях оказываемых платных медицинских услуг мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют. Я полностью понимаю преимущества предложенных мне видов медицинских услуг и даю согласие на их применение.

ПОТРЕБИТЕЛЬ:

(фамилия, имя, отчество) _____
(подпись ПОТРЕБИТЕЛЯ)

Настоящее соглашение подписано потребителем после проведения предварительной беседы и является приложением к договору об оказании платных медицинских услуг.

Приложение №2 к договору

№ _____ от « _____ » _____ 20__ г.

Главному врачу ГБУЗ Республики Мордовия «МРЦКБ»
Ладаеву С.В..

ЗАЯВЛЕНИЕ

о согласии на обработку персональных данных

Я, _____
(фамилия, имя, отчество полностью)
проживающий(ая) _____ по _____ адресу

(по месту регистрации)
паспорт _____, выдан « _____ » _____ года

(название выдавшего органа и дата выдачи)

в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.2006 г. "О персональных данных" № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку Государственным бюджетным учреждением здравоохранения Республики Мордовия «Мордовская республиканская центральная клиническая больница», г. Саранск. ул. Победы, дом 14/5, корпус 1 (далее – Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефон(ы), реквизиты полиса ОМС (ДМС), 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, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну. В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю 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, включения 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 (прием и передачу) моими персональными данными со страховой медицинской организацией _____

(название страховой медицинской организации)

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 будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет двадцать пять лет.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной « _____ » _____ 201__ года и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю 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 взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Контактный телефон(ы) _____

Почтовый адрес _____

Подпись субъекта персональных данных _____