**Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств**

**при оказании консультационных медицинских услуг**

г. Санкт-Петербург «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г.

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество законного представителя)

зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

в целях получения консультационных медицинских услуг в медицинской организации ООО «Косметология ОстМедКонсалт», 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 2012г. №390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012г. № 24082) (далее – Перечень), для постановки (уточнения) диагноза и определения рекомендованного вида лечения лица, законным представителем которого я являюсь.

Медицинским работником (специалистом) ООО «Косметология ОстМедКонсалт» 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 медицинских услуг. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я имел возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил на них исчерпывающие ответы.

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии здоровья лица, законным представителем которого я являюсь, в том числе после его смерти

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилии, имена, отчества пациента)

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ год рождения

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (фамилия, имя, отчество законного представителя)

Контактный телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Медицинские работники:

Детский онколог \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Рощина Н.В. / Батманов М.И.

Детский хирург \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Набоков В.В.

Врач УЗИ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Бадуров Р.Б.

**СОГЛАСИЕ**

**на обнародование и использование изображения гражданина**

г. Санкт-Петербург «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г
 Я\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 паспорт серия\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 дата выдачи\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 года рождения, являюсь законным представителем несовершеннолетнего гражданина

(Пациента) -

Дата рождения

Свидетельство о рождении/паспорт серия № дата

выдачи

настоящим документом даю добровольное согласие на использование без выплаты вознаграждения изображений своего ребёнка (несовершеннолетнего пациента), законным представителем которого являюсь, и (или) видеозаписи (видеосъёмки) процедур проведения медицинских услуг Обществу с ограниченной ответственностью «Косметология ОстМедКонсалт» (адрес: 191123, Россия, г. Санкт-Петербург, ул. Шпалерная, д.36, лит. А, тел. (812) 380-68-69), ИНН 7801158899, ОГРН 1027800546180), именуемому далее "Правообладатель", и медицинскому работнику данной организации.

Настоящее Согласие предоставляется на клинические фотографии (изображения) несовершеннолетнего пациента и видеосъемку (видеозаписи) процедур медицинских вмешательств, медицинских услуг, проведенных несовершеннолетнему пациенту бесплатно (без взимания платы) по программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи или территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

(полис ОМС № , выдан страховая компания

 ).

**При этом фотографирование осуществляется той области тела, где расположена патология или образование у несовершеннолетнего лица для отслеживания медицинскими работниками течения болезни и динамики лечения.**

Медицинская услуга (медицинская помощь) оказана на основании направлений АПУ. Съемка проводится во весь период лечения.

Правообладатель имеет право обнародовать и в дальнейшем использовать по своему усмотрению изображения, видеозаписи способами, предусмотренными законодательством РФ. Правообладатель обязуется не использовать изображение гражданина способами, порочащими его(ее) честь, достоинство и деловую репутацию. Настоящее согласие в указанном объеме предоставляется и распространяется на изображение (видеосъёмку, видеозапись процедур оказания медицинских услуг) пациента и представителя) и дается Правообладателю законным представителем несовершеннолетнего гражданина.

Правообладатель

ООО «Косметология ОстМедКонсалт» Гражданин

 Представитель - администратор

По доверенности №178 от 30.12.2023

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Законный представитель несовершеннолетнего гражданина

**СОГЛАСИЕ**

**на обработку персональных данных**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество законного представителя несовершеннолетнего пациента)

паспорт: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

дата выдачи «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ года,

адрес регистрации по месту жительства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

адрес регистрации по месту пребывания: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (далее – Заказчик, Субъект персональных данных), с целью оказания медицинских услуг несовершеннолетнему пациенту

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество в дательном падеже)

(далее – Пациент, Субъект персональных данных), в соответствии с законодательством РФ об охране здоровья граждан и законодательством РФ в области персональных данных даю согласие ООО «Косметология ОстМедКонсалт» (далее – Исполнитель) на обработку **следующих персональных данных:**

* фамилия, имя, отчество, пол, дата и место рождения, гражданство, место жительства и место регистрации, дата регистрации Заказчика и Пациента;
* данные документа, удостоверяющего личность Заказчика и Пациента;
* страховой номер индивидуального лицевого счета Пациента, принятый в соответствии с законодательством Российской Федерации об индивидуальном (персонифицированном) учете в системе обязательного пенсионного страхования;
* номер полиса обязательного медицинского страхования Пациента; страховая компания, выдавшая полис обязательного медицинского страхования Пациента;
* анамнез Пациента;
* диагноз Пациента;
* вид, условия, сроки, объем оказанной медицинской помощи Пациенту;
* результат обращения за медицинской помощью Пациенту;
* сведения об оказанных медицинских услугах Пациенту;
* примененные стандарты медицинской помощи;
* сведения о медицинском работнике или медицинских работниках, оказавших медицинскую услугу.

**Оператор:** ООО "Косметология ОстМедКонсалт", ОГРН 1027800546180, адрес: Санкт-Петербург, ул. Шпалерная д. 34.

**Наименование и адрес лица, осуществляющего обработку персональных данных по поручению оператора (если обработка данных будет поручена такому лицу):** –

**Цели обработки:** для реализации для субъекта персональных данных прав и гарантий, оформления и передачи сведений и документов в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи, оказания медицинской помощи в рамках участия в программах ОМС (обязательного медицинского страхования), обработки обращений (заявок) субъектов персональных данных, для заключения и исполнения договоров (если таковые заключаются), для информирования субъектов об услугах, акциях, новостях, для предоставления сведений в случаях, предусмотренных федеральными законами и иными нормативно-правовыми актами РФ и субъектов РФ.

Я даю согласие на передачу медицинской документации для ознакомления работникам организации и привлеченным специалистам, включая юристов, адвокатов, экспертов.

Я даю согласие Исполнителю на обработку вышеуказанных персональных данных, совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), в том числе трансграничную передачу, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Настоящее Согласие действует бессрочно и может быть отозвано Заказчиком или Пациентом (при условии достижения совершеннолетия Пациента и наличия дееспособности) на основании соответствующего заявления в письменной форме. В случае отзыва настоящего Согласия Исполнитель вправе продолжить обработку персональных данных без согласия субъекта персональных данных при наличии оснований, предусмотренных законодательством РФ в области персональных данных.

Я согласен(на) с тем, что по моему письменному требованию уведомление об уничтожении персональных данных будет вручаться мне (моему представителю) по месту нахождения оператора илилица, осуществляющего обработку персональных данных по поручению оператора. Я согласен(на) с тем, что ООО «Косметология ОстМедКонсалт» будет направлять мне информацию, в том числе, информацию об услугах, о проводимых акциях, новостях посредством электронной почты, телефонной связи и смс-уведомлений.

Заказчик (субъект персональных данных)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество полностью)

Личная подпись Заказчика \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата подписания: «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.