**ОБУЗ «КОМКБ»**

**УВЕДОМЛЕНИЕ ПАЦИЕНТА О ПОСЛЕДСТВИЯХ НЕСОБЛЮДЕНИЯ НАЗНАЧЕНИЙ (РЕКОМЕНДАЦИЙ) ВРАЧА**

**(подписывается до заключения Договора о предоставлении платных медицинских услуг)**

 Областное бюджетное учреждение здравоохранения «Курская областная многопрофильная клиническая больница» (Исполнитель) уведомляет, а Потребитель (пациент, законный представитель потребителя)

 **Ф.И.О.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_V**  понимает и уведомлен до заключения Договора возмездного оказания медицинских о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя (пациента).

Удостоверяю, что текст данного Уведомления мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют.

Потребитель (законный представитель потребителя)**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ V**

 (подпись)

 **"\_\_\_\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_\_\_\_ г.**

**ОБУЗ «Курская областная многопрофильная клиническая больница»**

**ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ СОГЛАШЕНИЕ**

**К ДОГОВОРУ НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

**Я, (Ф.И.О.)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ V**

информирован (а) о том, что медицинские услуги определенные условиями договора на оказание платных медицинских услуг, могу получить в медицинском учреждении по месту жительства бесплатно, согласно «Программе государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи в Курской области», но желаю получить данные услуги за плату в ОБУЗ «Курская областная многопрофильная клиническая больница» по адресу: 305007, г. Курск, ул. Сумская, д.45-а.

Потребитель (законный представитель потребителя)**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_V**

 (подпись)

**"\_\_\_\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_\_\_\_ г.**

**ОБУЗ «КОМКБ»**

**СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ**

**Я, нижеподписавшийся\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ V** (фамилия, имя, отчество)

проживающий по адресу (по месту регистрации)**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ V**

паспорт серия**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** №**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, дата выдачи**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ V**

название выдавшего органа***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* V,**

в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.06 г. "О персональных данных" № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку ОБУЗ «КОМКБ», 305007, г. Курск, ул. Сумская, д.45-а (далее – Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, 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 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 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 осуществляется лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну. Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов. Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия. Настоящее согласие дается мною бессрочно и может быть отозвано путем письменного извещения Оператора. Письменное извещение Оператора об отзыве своего согласия может быть направлено 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.

**«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**201**\_\_\_\_\_** г. Подпись субъекта персональных данных **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_V**

Контактный телефон(ы)  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ V**

**ОБУЗ «Курская областная многопрофильная клиническая больница»**

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) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****\_\_\_\_\_\_\_\_** «\_\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г.рождения, **V**

зарегистрирован по адресу**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ V**

(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) для получения первичной медико-санитарной помощи/ получения первичной медико-санитарной помощи лицом законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в Областном бюджетном учреждении здравоохранения «Курский областной клинический кожно-венерологический диспансер»

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 № 323-ФЭ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, №48, ст. 6724; 2012, № 26 ст. 3442, 3446).Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г N 323-ФЭ “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)

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ V \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Подпись потребителя или (законного представителя) (подпись) (Ф.И.О. медицинского работника)

 **«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**201**\_\_\_\_\_** г