

Приложение № ____
к договору № _____
от « ____ » _____ 2013 г.

Информированное согласие

Я, _____
(Ф.И.О. пациента (заказчика))

информирован(а) об альтернативной возможности получения медицинской помощи за счет государственных средств в рамках Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи по месту жительства и основного медицинского прикрепления.

Я отказываюсь от предоставления медицинской помощи за счет государственных средств на выбранные мною из прейскуранта цен медицинские услуги, которые указаны в счете на оплату и подтверждаю свое желание на получение их за плату в Филиале № 3 Главного военного клинического госпиталя имени академика Н.Н.Бурденко Министерства обороны Российской Федерации (далее – филиал Госпиталя).

Я не имею права на получение бесплатной медицинской помощи в лечебно-профилактических учреждениях Минобороны России, а также не являюсь сотрудником других силовых структур и ведомств.

Настоящим информированным согласием я уведомлен о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) филиала Госпиталя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую помощь), в т.ч. назначенного режима лечения, может повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

Дата: « ____ » _____ 201__ г. Подпись _____

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, нижеподписавшийся _____
Ф.И.О.

Зарегистрированный по адресу: _____

Паспорт: серия _____ номер _____ выдан _____

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27 июля 2006 года №152-ФЗ «О персональных данных», подтверждаю свое согласие на автоматизированную обработку своих персональных данных, включающих: анкетные данные, контактные(й) телефон(ы), данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью в медико-профилактических целях для установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг.

А также предоставляю право филиалу госпиталя осуществлять все действия (операции), связанные с вышеуказанными персональными данными в интересах обследования и лечения, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицами, профессионально занимающимися медицинской деятельностью и обязанными сохранять профессиональную тайну.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (мед. карты) и составляет 25 лет, разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной _____ и
действует бессрочно.

Дата: « ____ » _____ 20__ г. Подпись _____