

**Государственное автономное учреждение здравоохранения города Москвы  
«Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины  
Департамента здравоохранения города Москвы»**

**Информированное добровольное согласие на проведение  
предварительного и периодического медицинского осмотра**

Данный раздел бланка заполняется гражданами старше 15 лет

Я, \_\_\_\_\_,  
(указываются полностью фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) пациента в именительном падеже в соответствии  
с документом, удостоверяющим личность)

\_\_\_\_\_ года рождения, проживающий по адресу: \_\_\_\_\_,  
(адрес места жительства пациента)

паспорт: серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_ кем и когда выдан \_\_\_\_\_,  
\_\_\_\_\_

иной документ, удостоверяющий личность гражданина \_\_\_\_\_,  
\_\_\_\_\_ (далее – пациент),

Данный раздел бланка заполняется только законным представителем пациента,  
не достигшего возраста 15 лет, или недееспособного гражданина

Я, \_\_\_\_\_,  
(указываются полностью фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) законного представителя пациента в  
именительном падеже в соответствии с документом, удостоверяющим личность)

проживающий по адресу: \_\_\_\_\_,  
(адрес места жительства законного представителя пациента)

паспорт: серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_ кем и когда выдан \_\_\_\_\_,  
\_\_\_\_\_

иной документ, удостоверяющий личность законного представителя пациента \_\_\_\_\_,  
\_\_\_\_\_

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) \_\_\_\_\_  
(указывается нужное)

пациента (ребенка или гражданина, признанного недееспособным): \_\_\_\_\_  
(указывается нужное)

\_\_\_\_\_ (указываются полностью фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) пациента; год рождения; реквизиты документа,  
\_\_\_\_\_ подтверждающего право представлять интересы гражданина)

В соответствии с Приказом МЗСР РФ от 23.04.2012 г. N 390н **даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств определенного вида, предложенные мне** в Филиале № \_\_\_\_\_ Государственного автономного учреждения здравоохранения города Москвы «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины Департамента здравоохранения города Москвы».

**Перечень видов медицинского вмешательства:**

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование.
3. Антропометрические исследования.
4. Термометрия.
5. Тонометрия.
6. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций.
7. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций.

8. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).

9. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические.

10. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, реоэнцефалография, электроэнцефалография, ЭКГ-нагрузочные тесты.

11. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, маммография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования.

Необходимость других методов обследования и лечения будет мне разъяснена дополнительно

Я также даю согласие на обработку необходимых персональных данных, в объеме и способами, указанными в п. 1, 3 ст. 3, ст. 11 Федерального закона № 152-ФЗ «О персональных данных».

Я разрешаю передать информацию о состоянии моего здоровья следующим лицам:

\_\_\_\_\_

Меня информировал \_\_\_\_\_  
(должность, Ф.И.О. лечащего врача, либо иного медицинского работника, участвующего в оказании медицинской помощи)

1. Я ознакомлен(а) с Перечнем видов медицинских вмешательств, в доступной для меня форме мне даны разъяснения о целях, методах проведения предварительного и периодического медицинского осмотра, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

2. Я удостоверяю, что текст настоящего добровольного информированного согласия мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения удовлетворяют.

\_\_\_\_\_

(подпись) (Ф.И.О. гражданина, либо законного представителя гражданина)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ Г.  
(дата оформления)

\_\_\_\_\_

(подпись) (Ф.И.О. лечащего врача либо иного медицинского работника, участвующего в оказании медицинской помощи)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ Г.  
(дата оформления)

**Государственное автономное учреждение здравоохранения города Москвы  
«Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной  
медицины Департамента здравоохранения города Москвы»**

**Согласие пациента (законного представителя пациента) на обработку персональных данных  
Данный раздел бланка заполняется гражданами старше 15 лет**

Я, \_\_\_\_\_,  
(указываются полностью фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) пациента – полностью в именительном падеже в соответствии с документом, удостоверяющим личность)

\_\_\_\_\_ года рождения, проживающий по адресу: \_\_\_\_\_,  
указывается адрес места жительства пациента)

паспорт: серия \_\_\_\_\_, номер \_\_\_\_\_, кем и когда выдан \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

иной документ, удостоверяющий личность гражданина \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (далее – пациент),

**Данный раздел бланка заполняется только законным представителем пациента, не достигшего возраста 15 лет, или недееспособного гражданина**

Я, \_\_\_\_\_,  
(указываются полностью фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) законного представителя пациента – полностью в именительном падеже в соответствии с документом, удостоверяющим личность)

проживающий по адресу: \_\_\_\_\_,  
(указывается адрес места жительства законного представителя пациента)

паспорт: серия \_\_\_\_\_, номер \_\_\_\_\_, кем и когда выдан \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

иной документ, удостоверяющий личность законного представителя пациента \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) \_\_\_\_\_  
(нужное указать)

пациента (ребенка или гражданина, признанного недееспособным): \_\_\_\_\_  
(нужное указать)

\_\_\_\_\_

(указываются полностью фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) пациента; год рождения; реквизиты документа,  
\_\_\_\_\_ подтверждающего право представлять интересы гражданина)

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», действуя свободно, своей волей, в своих интересах (лица, законным представителем которого я являюсь), понимая значение своих действий, даю свое согласие Государственному автономному учреждению здравоохранения города Москвы «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины Департамента здравоохранения города Москвы», расположенному по адресу: г. Москва, ул. Земляной Вал, д. 53, (далее – Оператор), на обработку моих (лица, законным представителем которого я являюсь) персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество (последнее – при наличии), пол, дату рождения, место рождения, гражданство, данные документа, удостоверяющего личность, номера телефонов для связи, адрес электронной почты (при наличии), место жительства, место регистрации, дату регистрации, страховой номер индивидуального лицевого счета (при наличии), принятый в соответствии с законодательством Российской Федерации об индивидуальном (персонифицированном) учете в системе обязательного пенсионного страхования (СНИЛС), номер полиса обязательного медицинского страхования застрахованного лица (при наличии), место работы (учебы) (наименование организации (учебного учреждения), адрес, занимаемая должность, и т.д.), идентификационный номер налогоплательщика, номер полиса добровольного медицинского страхования (наименование страховой компании), в том числе даю согласие на обработку специальной категории персональных данных: данных об оказании медицинских услуг, о состоянии здоровья и диагнозе, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью и иных сведений, полученных в результате медицинских исследований.

Указанные персональные данные предоставляю для обработки в следующих целях:

- 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;
- обеспечения соблюдения в отношении меня (лица, законным представителем которого я являюсь) законодательства Российской Федерации и города Москвы, в сфере отношений, связанных с получением мной (лицом, законным представителем

которого я являюсь) медицинских услуг в рамках обязательного медицинского страхования, социальных гарантий и компенсаций по нетрудоспособности;

- осуществления передачи результатов медицинских исследований (лабораторных, инструментальных и иных видов диагностических исследований) на адрес электронной почты (e-mail), указанный мной в соответствующем запросе, при его подаче и наличии технической возможности;

- реализации Оператором своих полномочий и выполнения своих обязанностей, обязательств и компетенций, определенных Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», статьей 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», а также иными законами и нормативными правовыми актами Российской Федерации и города Москвы.

Предоставляю Оператору право осуществлять любое действие (операцию) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с моими персональными данными (лица, законным представителем которого я являюсь), в том числе в электронном виде, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

В процессе оказания Оператором мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, передавать мои (лица, законным представителем которого я являюсь) персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего (лица, законным представителем которого я являюсь) обследования и лечения.

Я информирован(а) о том, что:

- персональные данные и сведения, составляющие врачебную тайну, могут быть переданы Оператором в страховую медицинскую организацию, в Московский городской фонд обязательного медицинского страхования (МГФОМС), в органы Фонда социального страхования, в Департамент здравоохранения города Москвы и в другие органы власти Российской Федерации, субъектов Российской Федерации. Оператор вправе поручить обработку персональных данных и сведений, составляющих врачебную тайну органам, службам, предприятиям и учреждениям, в том числе, Департаменту информационных технологий города Москвы, а также уполномоченному учреждению Департамента информационных технологий города Москвы – Государственному казенному учреждению города Москвы «Информационно-аналитический центр в сфере здравоохранения» (в случае, если обработка будет поручена данному лицу), если это не противоречит законодательству Российской Федерации и целям медицинской организации, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будет осуществляться лицом, обязанным сохранять конфиденциальность;

- оператор вправе обрабатывать мои (лица, законным представителем которого я являюсь) персональные данные и сведения, составляющие врачебную тайну неавтоматизированным и автоматизированным способами, посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные нормативными правовыми актами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа.

Настоящий документ вступает в силу с даты его подписания и действует в течение неопределенного срока.

Настоящий документ может быть мною отозван посредством составления соответствующего письменного заявления, которое должно быть направлено в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручено лично под подпись уполномоченному представителю Оператора.

В случае отзыва настоящего документа Оператор вправе продолжить обработку персональных данных и сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия при наличии оснований, указанных в пунктах 2-11 части 1 статьи 6, части 2 статьи 10 и части 2 статьи 11 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».

Персональные данные и сведения, составляющие врачебную тайну, хранятся у Оператора в течение срока хранения первичных медицинских документов, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

Персональные данные и сведения, составляющие врачебную тайну, предоставляемые в отношении третьих лиц, будут обрабатываться Оператором только в рамках осуществления возложенных на него полномочий и обязанностей.

Я удостоверяю, что:

- права как субъекта персональных данных мне разъяснены и мне понятны;
- на все мои вопросы я получил (а) понятные мне ответы;
- текст настоящего документа мною прочитан, мне понятно назначение настоящего документа, полученные разъяснения мне понятны.

Дата начала обработки персональных данных: « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г.

Пациент/законный представитель пациента / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (подпись) (Ф.И.О.)

Если пациент, по каким-либо причинам, не может собственноручно подписать настоящий документ, но может в устной форме выразить свое согласие с положениями, указанными выше, настоящий документ заверяется двумя подписями медицинских работников Оператора.

---

(указываются наименование должности медицинского работника Оператора; подпись; фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) – полностью в именительном падеже в соответствии с документом, удостоверяющим личность; дата подписания)

---

(указываются наименование должности медицинского работника Оператора; подпись; фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) – полностью в именительном падеже в соответствии с документом, удостоверяющим личность; дата подписания)