УТВЕРЖДЕНО
приказом Министерства
здравоохранения
Российской Федерации
от 12 ноября 2021 г. N 1051н

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, _____
(Ф.И.О. гражданина полностью)

_____г. рождения зарегистрированный по адресу: _____
(дата рождения гражданина либо законного представителя)

_____
(адрес регистрации гражданина или законного представителя)

проживающий по адресу: _____
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении: _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента **при подписании согласия законным представителем**)

_____ г. рождения, проживающего по адресу:
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

_____
(в случае проживания не по месту жительства 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 ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ "КЛИНИЧЕСКИЙ КОНСУЛЬТАТИВНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР ИМЕНИ И.А. КОЛПИНСКОГО" .

Медицинским работником _____, 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 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. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2012, N 26, ст. 3442, 3446).

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 3 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состояния лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

_____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

_____ _____
(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

_____
(подпись мед. работника) (фамилия, имя, отчество (при наличии) мед. работника, контактный телефон)

«___»_____2026
(дата оформления)

СОГЛАСИЕ
ПАЦИЕНТА НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

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

паспорт _____ № _____,код подразделения _____-_____ ,дата выдачи _____г.

кем выдан _____

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 «О персональных данных» № 152-ФЗ в целях оказания мне медицинских услуг подтверждаю свое согласие на обработку ГАУЗ ККДЦ ИМЕНИ И.А. КОЛПИНСКОГО
(далее - Оператор) моих персональных данных, а именно: фамилия, имя, отчество; пол, дата рождения, адрес места жительства, телефон, место работы, данные паспорта (или иного документа, удостоверяющего личность), данные полиса ОМС (или ДМС); страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС), сведения о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью; сведения о диагностических мероприятиях, назначенном и проведённом лечении, данных рекомендациях.
В соответствии с требованиями статьи 10 Федерального закона от 27.07.2006 «О персональных данных» № 152-ФЗ даю согласие на обработку моих персональных данных Оператором при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.
Оператор имеет право:
- при обработке моих персональных данных вносить их в реестры, базы данных автоматизированных информационных систем для формирования отчётных форм и иных сведений, предоставление которых регламентировано договорами или иными документами, определяющими взаимодействие Оператора со страховыми медицинскими организациями, медицинскими организациями, органами управления здравоохранения, иными организациями;
- с целью выполнения своих обязательств, предусмотренных нормативными правовыми актами или договорами, на предоставление, передачу моих персональных данных иным организациям, при условии, что указанные предоставление передача будут осуществляться с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих защиту моих персональных данных от несанкционированного доступа, а также при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.
Даю согласие на то, что срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения медицинской карты и составляет двадцать пять лет. По истечении указанного срока хранения моих персональных данных Оператор обязан уничтожить все мои персональные данные, включая все копии на машинных носителях информации.
Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.
Я согласен (а) со следующими действиями с моими персональными данными:
1. Обработка моих персональных данных в защищённых в установленном порядке автоматизированных информационных системах персональных данных пациентов;
2. Обработка моих персональных данных, защищённых в установленном порядке, без использования средств автоматизации.
Я оставляю за собой право отозвать свое согласие полностью или частично по моей инициативе на основании личного письменного заявления, в т.ч. и в случае ставших мне известных фактов нарушения моих прав при обработке персональных данных. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку.

_____ _____
(Подпись субъекта персональных данных) (Дата оформления)

Приложение 1

Название учебного заведения:_____
Факультет (при наличии):_____
Группа _____

Колпинский Глеб Иванович
Главный врач
(Ф.И.О.. должность руководителя медицинской организации)
ГАУЗ ККДЦ ИМЕНИ И.А. КОЛПИНСКОГО
(наименование медицинской организации)
650066, Россия, Кемеровская область - Кузбасс, г.Кемерово, пр-кт. Октябрьский, 53/1
(адрес медицинской организации)

ЗАЯВЛЕНИЕ

о выборе медицинской организации при оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи

Я, _____,
(Ф.И.О. заявителя полностью)

в соответствии с п. 4 «Порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи», (далее – Порядок), утвержденного Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от от 14 апреля 2025 г. N 216н, заявляю о выборе медицинской организации при оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи:

ГАУЗ ККДЦ ИМЕНИ И.А. КОЛПИНСКОГО, 650066, Россия, Кемеровская область - Кузбасс, г.Кемерово, пр-кт. Октябрьский, 53/1
Подразделение: Поликлиника №10, Россия, Кемеровская область - Кузбасс, г.Кемерово, ул. Красноармейская, 115
(наименование и фактический адрес медицинской организации)

1. Информация о заявителе:

1.1. Фамилия, имя, отчество (при наличии)

_____
(указывать в точном соответствии с документом, удостоверяющим личность заявителя)

1.2. Пол _____ 1.3. Дата рождения _____
(число, месяц, год рождения)

1.4. Место рождения _____1.5. Гражданство

_____

1.6. Данные документа, удостоверяющие личность: **Паспорт гражданина Российской Федерации, серия: _____, №:_____**

дата выдачи _____, кем выдан:

_____

1.7. Место жительства _____
(адрес для оказания медицинской помощи на дому при вызове медицинского работника)

1.8. Место регистрации _____
(адрес регистрации, как в паспорте)

1.9. Дата регистрации _____ 1.10. Контактная информация заявителя:

Телефон _____, адрес электронной почты _____

2. Информация о представителе (законном представителе) заявителя:
2.1. Фамилия, имя, отчество (при наличии)_____
2.2. Отношение к гражданину: мать _____, отец _____, иное _____ (нужно отметить «**V**»)
2.3. Данные документа, удостоверяющего личность представителя ‹1›:
_____
2.4. Данные документа, подтверждающего статус и полномочия представителя :
_____
2.5. Контактная информация представителя:
телефон _____ адрес электронной почты _____

3. Сведения о полисе обязательного медицинского страхования: _____
(номер полиса обязательного медицинского страхования)

4. СНИЛС:_____

5. Медицинская организация, в которой гражданин находился на обслуживании в момент подачи заявления:

_____
(наименование и фактический адрес медицинской организации)

6.
(Фамилия, имя, отчество (при наличии) врача)

Достоверность и полноту сведений в заявлении подтверждаю:

_____
(подпись гражданина (его представителя), расшифровка подписи)

Я ознакомлен(а) с перечнем врачей и количеством граждан, выбравших указанных медицинских работников в медицинской организации, сведениями о территориях обслуживания.

_____ _____ Дата _____

(подпись заявителя или представителя) (Ф.И.О. заявителя или представителя) (число, месяц, год)