



Общество с ограниченной ответственностью
**ЕВРОПЕЙСКАЯ КЛИНИКА
ДОКТОРА САВИНКОВА**
ИНН 7452043073 ОГРН 1057424022281
454091 г. Челябинск, ул. Труда, 95 тел.351-775-42-75
Лицензия № ЛО-74-01-001187 от 24 мая 2011 г.

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО в ООО «ЕКДС»

Я, гражданин (ка) _____

фамилия, имя, отчество

ознакомившись с правами пациента, предусмотренными ст.30-34 «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан» и 21 и 41 ст. Конституции Российской Федерации, получив в доступной для меня форме имеющуюся информацию о состоянии моего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных результатах медицинского вмешательства и последствиях при отказе от его проведения, добровольно и осознанно выражаю свое согласие на медицинское вмешательство:

Вид хирургической операции, инвазивной медицинской манипуляции	Дата	Подпись

Пациент _____

«__» _____ 201__ г.

Лечащий врач _____

«__» _____ 201__ г.

РАСПИСКА ПАЦИЕНТА (ПАЦИЕНТКИ) О ПОНИМАНИИ ЕГО (ЕЁ) ЛИЧНОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ ЗА РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ в ООО «ЕКДС»

Я, _____, после предварительных бесед с врачами клиники полностью понимаю, что при соблюдении мной их рекомендаций и требований можно ожидать наилучших результатов операции и минимального риска развития осложнений.

Я полностью принимаю, что нарушение врачебных рекомендаций и требований может способствовать развитию местных и (или) общих осложнений и даже стать их причиной. Это, в свою очередь, может ухудшить результаты лечения, увеличить его продолжительность, а в некоторых случаях потребовать стационарного лечения и проведения повторных операций.

Я признаю, что если это произойдет по моей вине, я несу за это личную ответственность (в том числе материальную)

Подпись _____

СОГЛАСИЕ СУБЪЕКТА НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

№ _____

« ____ » _____ 20 ____ г.

Я, _____

—
основной документ, удостоверяющий личность

паспорт _____

—
Место учебы (работы)

_____ в дальнейшем «Субъект», даю согласие ООО «ЕКДС», расположенному по адресу : г. **Челябинск, ул. Труда, 95** , далее «Оператор», на обработку персональных данных на следующих условиях :

1. Субъект дает согласие на обработку Оператором своих персональных данных, т.е. совершения, в том числе следующих действий : **сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение, обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных.**
2. Оператор обязуется использовать данные Субъекта в целях : **оказания квалифицированной медицинской помощи, а также систематизации и анализа состояния здоровья закрепленного населения.**
3. Типовой перечень персональных данных передаваемых Оператору на обработку : **дата рождения, место рождения, биографические сведения, сведения о местах обучения, сведения о местах работы, сведения о родителях, сведения о месте регистрации, проживания, контактная информация, паспортные данные, данные о состоянии здоровья, результатах предыдущего лечения, наблюдения медицинскими учреждениями.**
4. Субъект персональных данных по письменному запросу имеет право на получение информации, касающейся обработки его персональных данных (в соответствии с п. 4 ст. 14 ФЗ № 152 от 27.06.2006 г.)
5. При поступлении Оператору письменного заявления Субъекта о прекращении действия Согласия, персональные данные уничтожаются установленным способом в срок:
6. Настоящее разрешение действует в течение **всего срока закрепления для медицинского обслуживания за ООО «ЕКДС».**

Субъект

(Подпись)

(Фамилия И.О.)