

г. Москва

ЗАЯВЛЕНИЕ ПАЦИЕНТА

ФИО полностью _____

Дата рождения _____

Фактический адрес проживания _____

Адрес по месту регистрации _____

Реквизиты документа, удостоверяющего личность: серия _____ номер _____ дата выдачи _____

наименование выдавшего органа _____

Контактный телефон _____ адрес электронной почты _____

далее по тексту - «Пациент».

Пациент в целях надлежащего оказания медицинских услуг на территории Российской Федерации **предоставляет ООО "ТМ-Диагностика" (далее – «Медицинский центр»)** согласие на **обработку персональных данных** (сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение), в том числе: фамилии, имени, отчества, контактных данных, в том числе номера телефона, адреса электронной почты, адреса проживания и регистрации, врачебной тайны сроком на период хранения медицинской документации в целях соблюдения требований Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства РФ от 04 октября 2012 года № 1006, Федерального закона от 27 июля 2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», а также в целях улучшения качества обслуживания Пациентов и проведения маркетинговых программ, статистических исследований при условии соблюдения режима конфиденциальности. Пациент предоставляет Медицинскому центру согласие на направление ему информационных сообщений по вопросам, связанным с оказанием медицинских услуг, в том числе, но не ограничиваясь: о подтверждении, отмене, изменении даты и времени записи на прием к врачу, о готовности результатов исследований и анализов.

Пациент вправе отозвать свое согласие на обработку персональных данных посредством передачи Медицинскому центру лично под расписку соответствующего письменного заявления на бумажном носителе. Если заявление направляется по почте или передается в Медицинский центр иным образом, то подлинность подпись на нем должна быть нотариально засвидетельствована.

Пациент, подписанием настоящего Заявления Пациента, обязуется соблюдать Оферту на заключение договора на оказание медицинских услуг от _____ года в части порядка оказания медицинских услуг и поведения на территории Медицинского центра.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ

1. Назначить третье лицо моим представителем в Медицинском центре: **ДА.**

ФИО полностью _____

Дата рождения _____

Фактический адрес проживания _____

Адрес по месту регистрации _____

Реквизиты документа, удостоверяющего личность: серия _____ номер _____ дата выдачи _____

наименование выдавшего органа _____

Контактный телефон _____ адрес электронной почты _____

далее по тексту – «Представитель».

2. Пациент предоставляет согласие Медицинскому центру на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, следующему Представителю (при условии предоставления им документа, удостоверяющего личность). Пациент обязан уведомить Представителя о передаче его персональных данных Медицинскому центру.

3. Пациент, подписывая Заявление Пациента, предоставляет согласие на направление ему по контактными данным, указанным в настоящем Заявлении, иных документах, медицинской/финансовой/ознакомительной информации, в том числе: результатов медицинских исследований (результаты анализов), медицинских отчетов, информационных сообщений, связанных с оказанием медицинских услуг в Медицинском центре или персональными рекомендациями и именными предложениями, сформированными на основании медицинских данных или финансовых данных Пациента, путем направления сообщений по адресу электронной почты, push-уведомлениями через сервисы Медицинского центра или по SMS, а также посредством мессенджеров WhatsApp, Telegram или любых других мессенджеров. Пациент вправе в любой момент после подписания Заявления пациента отказаться от получения данной информации, направив соответствующее заявление в произвольной форме в адрес Медицинского центра.

4. Пациент, подписывая Заявление пациента, предоставляет согласие на направление ему по контактными данным, указанным в настоящем Заявлении, иных документах, рассылки рекламных предложений Медицинского центра, путем направления сообщений по адресу электронной почты, push-уведомлениями через сервисы Медицинского центра или по SMS, а также посредством мессенджеров WhatsApp, Telegram или любых других мессенджеров. Пациент вправе в любой момент после подписания Заявления пациента отказаться от получения данной информации, направив соответствующее заявление в произвольной форме в адрес Медицинского центра.

ИНФОРМИРОВАНИЕ

1. Пациент осведомлен, что медицинские услуги, оказываемые по страховой программе медицинского страхования, оплачиваются Заказчиком (Страховой компанией) в соответствии со страховой программой Пациента. Услуги, которые не покрываются Страховой компанией по любым основаниям и причинам, **оплачиваются Пациентом отдельно по действующему Прейскуранту Медицинского центра** на условиях действующей в такой момент оферты на оказание медицинских услуг. В случае отказа Страховой компании оплатить частично и/или полностью оказанные Пациенту услуги, Пациент гарантирует оплату оказанных ему в Медицинском центре услуг.

2. Пациент ознакомлен и согласен с условиями Оферты, Прейскурантом, Правилами внутреннего распорядка и иными документами в Медицинском центре. Пациент проинформирован о возможности получения медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий Российской Федерации бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Подписывая Заявление Пациента, Пациент подтверждает, что он информирован и согласен с тем, что в Медицинском центре все услуги оказываются на платной основе.

3. Пациент проинформирован об условиях основного электронного взаимодействия, основных возможностях и функциях Сервиса Медицинского центра «Личный Кабинет», который действует согласно Соглашению об использовании информационных сервисов

ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

1. Подписывая настоящий Документ, Пациент добровольно дает свое информированное согласие на следующие услуги Медицинского центра:

- Сбор жалоб, информации о текущем течении заболевания и обо всех перенесенных заболеваниях и состояниях, истории жизни, медицинских проблемах Пациента и другой медицинской и немедицинской информации, которая может потребоваться врачу.

- Проведение любых медицинских осмотров и медицинских манипуляций, за исключением тех манипуляций и процедур, которые в соответствии с внутренними правилами Медицинского центра требуют подписания отдельных форм добровольного информированного согласия.

- Взятие любых биологических проб для лабораторных исследований любого рода и любые связанные с этим действия.

- Проведение любых функциональных, ультразвуковых и других исследований, которые, согласно внутренним правилам Медицинского центра, не требуют подписания отдельных форм добровольного информированного согласия.

- Назначение и проведение лечения, необходимого Пациенту после консультации врача. Пациент соглашается, что в соответствии с внутренними правилами Медицинского центра, перед назначением и проведением лечения врач проведет подробную беседу с Пациентом, и у Пациента будет возможность задать все

вопросы и получить от врача исчерпывающие ответы. Пациент подтверждает, что выбор и применение лекарственных средств и других методов лечения Пациент доверяет лечащему врачу.

- Пациент признает, что без предоставления такого согласия Медицинский центр не сможет оказать Услуги.

- Пациент соглашается информировать врача и других ответственных членов клинической команды о состоянии здоровья, включая, помимо прочего, но, не ограничиваясь, аллергических реакциях и индивидуальной непереносимости лекарственных средств, любых травмах, операциях, болезнях, наличии в прошлом или в настоящее время инфекционного гепатита, туберкулеза, венерических заболеваний (в том числе сифилиса и ВИЧ-инфекции), злоупотреблении алкоголем и/или пристрастии к наркотическим препаратам, экологических и профессиональных факторах физического, химического или биологического характера, всех психологических факторах, влияющих на Пациента, и о лекарственных средствах, которые Пациент принимает. Пациент гарантирует, что вся информация, которую он предоставляет Медицинскому центру, будет правдивой и точной в меру своих знаний. Пациент соглашается, что он несет ответственность за правдивость и точность предоставленной информации и за обновление этой информации по мере необходимости.

- Пациент подтверждает, что ему известно, что отказ от лечения, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций медицинского персонала, медикаментозного режима, самовольное использование медицинских инструментов и оборудования, а также бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и негативно отразиться на состоянии здоровья. В случае несогласованных с врачом действий Пациент соглашается с тем, что принимает на себя полную ответственность за состояние своего здоровья и Медицинский центр не несет ответственности за несогласованные с врачом действия Пациента.

- Пациент признает, что в соответствии с внутренними правилами Медицинского центра некоторые медицинские Услуги требуют отдельных форм добровольного медицинского согласия, которые должны быть рассмотрены Пациентом по мере необходимости до предоставления Услуги.

- Пациент признает, что в определенных обстоятельствах Медицинский центр может не потребоваться получать согласие Пациента, по причинам, включая, но не ограничиваясь, если Пациенту требуется экстренное лечение и/или неотложная помощь, когда он недееспособен, у него тяжелое психическое заболевание и он не способен дать согласие, или он представляет риск для общественного здоровья из-за особо опасных инфекций.

- Пациент оставляет за собой право отозвать свое добровольное согласие на Услуги по настоящему договору. В этом случае Пациент должен направить в адрес Медицинского центра письменное уведомление об отзыве своего согласия на следующий адрес электронной почты hello@vh.clinic. Пациент соглашается с тем, что Медицинский центр приостановит предоставление Услуг Пациенту до подписания нового добровольного информированного согласия.

2. Представителем Медицинского центра в доступной для Пациента форме 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. Пациенту разъяснено, что он имеет право отказаться от одного или нескольких вышеизложенных видов медицинских вмешательств.

Подпись Пациента

Представитель Медицинского центра
(Системный Администратор СА)
