

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКАНСКИЙ ВРАЧЕБНО-ФИЗКУЛЬТУРНЫЙ ДИСПАНСЕР
(ГБУЗ РВФД)

П Р И К А З

от «___»_____2020 г.

№ _____

г. Уфа

О введении в действие в ГБУЗ РВФД форм согласия (отказа) пациента

Во исполнение Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ «О персональных данных», приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 декабря 2012 года №1177н «Об утверждении порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинских вмешательств, форм информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и форм отказа от медицинского вмешательства», от 23 апреля 2012 г. N 390н «Об утверждении перечня определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи», ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Ввести в действие в ГБУЗ РВФД с 14 мая 2018 г. следующие формы:
 - 1.1. 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 (приложение №1);
 - 1.2. отказ от видов медицинских вмешательств, включенных 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 (приложение №2);
 - 1.3. информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство в дневном стационаре (приложение №3);
 - 1.4. согласие пациента на обработку персональных данных (приложение №4).

2. Заведующим структурными подразделениями ГБУЗ РВФД, главной медицинской сестре организовать сбор форм согласия (отказа) пациента согласно приложениям №1-4 настоящего приказа.
3. Контроль исполнения настоящего приказа оставляю за собой.

Главный врач

Э. М. Салахов

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 в Государственном бюджетном учреждении здравоохранения Республиканский врачебно-физкультурный диспансер

Я, _____
(Ф. И. О. гражданина)

«__» __ г. рождения, зарегистрированный по адресу: __

(адрес места жительства гражданина либо 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 2012г. №390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. №24082) (далее — Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в Государственном автономном учреждении здравоохранения Республиканский врачебно-физкультурный диспансер Медицинским работником _____

(должность, Ф. И. О. медицинского работника)

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 развития 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. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской

Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446).

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть),

(Ф. И. О. гражданина, контактный телефон)

(подпись)

(Ф. И. О. гражданина или законного представителя гражданина)

(подпись)

(Ф. И. О. медицинского работника)

«__» _____ г.
(дата оформления)

Приложение №2
к приказу ГБУЗ РВФД
от _____ № _____

Отказ от видов медицинских вмешательств, включенных
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 в Государственном
бюджетном учреждении здравоохранения Республиканский врачебно-
физкультурный диспансер

Я, _____
(Ф. И. О. гражданина)

«__» __ г. рождения, зарегистрированный по адресу: __

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

при оказании мне первичной медико-санитарной помощи в Государственном
бюджетном учреждении здравоохранения Республиканский врачебно-
физкультурный диспансер

отказываюсь от следующих видов медицинских вмешательств, включенных 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. № 390н
(зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая
2012 г. № 24082) (далее — виды медицинских вмешательств):

(наименование вида медицинского вмешательства)

_____.

Медицинским _____

работником

(должность, Ф. И. О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены возможные последствия отказа от вышеуказанных видов медицинских вмешательств, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния). Мне разъяснено, что при возникновении необходимости в осуществлении одного или нескольких видов медицинских вмешательств, в отношении которых оформлен настоящий отказ, я имею право оформить информированное добровольное согласие на такой вид (такие виды) медицинского вмешательства.

(подпись)

(Ф. И. О. гражданина или законного представителя гражданина)

(подпись)

(Ф. И. О. медицинского работника)

«__» _____ Г.
(дата оформления)

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство в
дневном стационаре

Я _____
(фамилия, имя, отчество – полностью)
_____ года рождения, проживающий(ая) по адресу: _____

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет,
или недееспособных граждан:

Я, паспорт: _____, выдан:

являюсь законным представителем () ребенка или лица, признанного
недееспособным: _____

(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина –
полностью, год рождения)

поставлен (поставлена) в известность, что я (представляемый)
госпитализирован (госпитализирована) в отделение

_____ (указать название или профиль отделения)

- Мне согласно моей воли даны полные и всесторонние разъяснения о
характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания
(здоровья представляемого);

- Я ознакомлен (ознакомлена) с распорядком и правилами лечебно-
охранительного режима, установленного в данном лечебно-
профилактическом учреждении, и обязуюсь их соблюдать;

- Добровольно даю свое согласие на проведение мне (представляемому), в
соответствии с назначениями врача, диагностических исследований: анализа
крови общего и биохимического, исследований крови на наличие вируса
иммунодефицита человека, вирусных гепатитов, бледной трепонемы, анализа
мочи общего, электрокардиографии; проведения рентгеновских,
ультразвуковых и эндоскопических исследований и лечебных мероприятий:
прием таблетированных препаратов, инъекций, внутривенных вливаний,
диагностических и лечебных пункций, физиотерапевтических процедур;
Необходимость других методов обследования и лечения будет мне
разъяснена дополнительно.

- Я информирован (информирована) о целях, характере и неблагоприятных
эффектах диагностических и лечебных процедур, возможности
непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также о том, что
предстоит мне (представляемому) делать во время их проведения;

- Я извещен (извещена) о том, что мне (представляемому) необходимо
регулярно принимать назначенные препараты и другие методы лечения,

немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых, не прописанных лекарств;

- Я предупрежден (предупреждена) и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима приема препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья;

- Я поставил (поставила) в известность врача обо всех проблемах связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об

экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении

алкоголя, наркотических и токсических средств;

- Я _____согласен (согласна) на осмотр другими медицинскими работниками и студентами медицинских вузов и колледжей исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны;

- Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты, и добровольно даю свое согласие на обследование и лечение в предложенном объеме;

- Разрешаю, в случае необходимости, предоставить информацию о моем диагнозе, степени тяжести и характере моего заболевания моим родственникам, законным представителям, гражданам:

- Разрешаю посещение в лечебном учреждении представляемого ребенка или лица, признанного недееспособным, следующим гражданам:

«__»_____20__года

Подпись пациента/законного представителя [_____]

Расписался в моем присутствии:

Врач

_____ [_____]

(Должность, И.О. Фамилия)

ПРИМЕЧАНИЕ:

Согласие на медицинское вмешательство (лечение) в отношении лиц, не достигших возраста 15 лет, и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, дают их законные представители (родители, усыновители, опекуны или попечители) с указанием Ф.И.О., паспортных данных, родственных отношений после сообщения им сведений о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

При отсутствии законных представителей решение о необходимости лечения принимает консилиум, а при невозможности собрать консилиум – непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением руководителя МО, а в выходные, праздничные дни, вечернее и ночное время – ответственного дежурного врача и законных представителей. В случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а необходимость проведения лечения неотложна, вопрос о медицинском вмешательстве в интересах гражданина решает консилиум, а при невозможности собрать консилиум – непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением руководителя МО, а в выходные, праздничные дни, вечернее и ночное время – ответственного дежурного врача.

Дополнительная информация:

«__» _____ 20__ года

Подпись пациента/законного представителя [_____]

Расписался в моем присутствии:

Врач

_____ [_____]

(Должность, И.О. Фамилия)

Консилиум врачей в составе:

Должность, Ф.И.О. и подпись

Должность, Ф.И.О. и подпись

Должность, Ф.И.О. и подпись

«__» _____ 20__ года

Согласие пациента на обработку персональных данных

Субъект персональных данных,

_____ (ФИО полностью)

_____ (документ, удостоверяющий личность (паспорт) серия, номер, кем и когда выдан)

Зарегистрированный (-ая) по адресу

_____ (место фактического проживания)

—

Действующий от имени субъекта персональных данных на основании

_____ (указать реквизиты документа)

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. "О персональных данных"

№ 152-ФЗ, даю свое согласие на обработку моих персональных данных.

Наименование и адрес оператора, получающего согласие субъекта персональных данных:

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республиканский врачебно-физкультурный диспансер

Адрес места нахождения: 450075, Россия, Башкортостан Республика, г.Уфа, Орджоникидзевский район, Блюхера ул. д. 1,

Цель обработки персональных данных: оказание медицинских услуг (в том числе в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза) и осуществление иных, связанных с этим мероприятий.

Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие субъекта персональных данных: фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, другая информация.

Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие, общее описание используемых оператором способов обработки персональных данных: все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС (договором ДМС), в том числе вправе обмениваться (принимать и передавать) персональными данными со страховой медицинской организацией и территориальным фондом ОМС, иными организациями (в случаях, предусмотренных законом) с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа

Срок, в течение которого действует согласие: бессрочно.

Способ отзыва согласия: посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

(дата)

(подпись)

(ФИО)