Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и обработку персональных данных.

 Я\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ф.И.О. - полностью год рождения, проживающий (ая) по адресу:

 паспорт:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Являясь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина -полностью, год рождения

добровольно даю согласие на \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ и прошу ИП Цепелева Ю.А. о ее проведении.

Я ознакомлен (ознакомлена), с перечнем исследований и даю добровольное согласие на:

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза. 2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, психопатологическое обследование. 3. Вагинальное (для женщин), ректальное исследование. 4. Антропометрические исследования. 5. Термометрию, 6. Тонометрию. 7. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы). 8. Лабораторные методы экспресс диагностики кардиомаркеров, МНО, сахара крови. 9.Физиотерапевтические методы лечения, включая озонотерапию, лазеротерапию, внутритканевую электростимуляцию, гирудотерапию, биопунктуру. 10. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутрисуставное, внутримышечное, внутривенное, подкожное, внутрикожное. 11.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Другие методы диагностики и лечения.

 Я информирован (информирована) о целях 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 лекарственные 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; Мне разъяснена возможность проведения медицинского исследования на безвозмездной основе в государственном лечебно-профилактическом учреждении.

 Я согласен(на) оплатить исследование. Я получил(а) информацию о стоимости исследования и правилах оплаты. Я даю согласие на обработку моих персональных данных, в том числе фамилию, отчество, год, месяц, дату рождения, паспортные данные или данные другого документа, удостоверяющего личность, адрес проживания, телефоны, данные о состоянии здоровья. Предоставляю право осуществлять все действия с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Учреждение вправе обрабатывать мои персональные данные посредством включения их в списки и внесения в электронные базы данных Учреждения. При этом передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия. Я знаю, что имею право в любой момент отозвать свое согласие на использование, в т.ч. передачу моих персональных данных посредством направления соответствующего письменного уведомления, которое должно быть направлено заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручено лично под расписку. - 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 и обработку моих персональных данных. "\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_года \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ф,И,О,полностью Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ф.И.О. законного представителя Подпись представителя