ООО «Медицинский центр «Евромедсервис»

Информированное добровольное согласие на проведение консультации

Я, **Иванов Иван Иванович** проживающий по адресу Московская область, г. Москва, ул.Ставропольская 1, кв.10000 000000, паспорт , выданГУ УУ РФ «1» января 2020, код подразделения 200-000, 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
_____**ООО «Медицинский центр «Евромедсервис»**_____
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. У меня ранее не было аллергических реакций и я отказываюсь от направления меня на лабораторные аллергопробы. 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 выбранных мною лицах, 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 состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (не нужное зачеркнуть)

Пациент ✓ _____ / Иванов Иван Иванович Дата: «27» января 2026
Подпись врача_____

ООО «Медицинский центр «Евромедсервис»

Информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства

Я, Иванов Иван Иванович проживающий по адресу Московская область, г. Москва, ул.Ставропольская 1, кв.1, паспорт 0000 000000, выдан ГУ УУ РФ «1» января 2020, код подразделения 200-000, на основании ст.20 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья в Российской Федерации» информировал(а) врачом**,** Антонюк Илья Александрович **,**
- о предстоящем вмешательстве; - о показаниях к нему; - о связанном с вмешательством риске; - о методе обезболивания.
Кроме того, мне разъяснено, что плохая переносимость процедуры пациентом; недостаточно качественная подготовка к исследованию по причине не соблюдения мной предписаний врача или особенности моего организма может стать объективной причиной отказа врача от проведения данного вмешательства. Я признаю право врача прервать исследование в случае, если:
- в ходе исследования будет выявлена невозможность продолжения исследования по физиологическим или анатомическим причинам, а также факторы, которые могут повлечь за собой осложнения или другие негативные последствия для пациента; - из-за выхода оборудования из строя;
- выявления объективных, не зависящих от воли врача или пациента обстоятельств. Мне разъяснены возможные последствия отказа от эндоскопического вмешательства. Мне разъяснено мое право отказаться от предложенного мне вида эндоскопического вмешательства в любое время до начала его выполнения, при этом, я не лишусь квалифицированной медицинской помощи. Я, подписывая данный документ, даю свое согласие врачу **Антонюк Илья Александрович .** провести мне
Таблица услуг без ценТаблица услуг без цен

№	Наименование услуг	Ед. изм.	Кол-во
1	Первичная консультация пластического хирурга	шт.	1

В случае возникновения непредвиденных ситуаций в ходе вмешательства, я доверяю врачу изменить объем вмешательства в соответствии с полученными дополнительными данными. Я подтверждаю, что врач был мной проинформирован об известных мне на дату подписания настоящего документа проблемах со здоровьем, хронических и инфекционных (в т.ч. ВИЧ, гепатит) заболеваниях, о всех случаях аллергической или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, злоупотреблении алкоголем или наркотическими препаратами, беременности. У меня ранее не было аллергических реакций и я отказываюсь от направления меня на лабораторные аллергопробы. Я признаю свою ответственность в случае умышленного сокрытия данной информации от медицинской организации и врачей. Я удостоверяю, что текст мною прочитан, я имел(а) возможность задать вопросы и получил(а) на них ответы. Полученные объяснения меня удовлетворяют, мне понятно назначение данного документа.

Пациент ✓ _____/ Иванов Иван Иванович
Подпись врача_____ Дата: «27» января 2026

ООО «Медицинский центр «Евромедсервис»

Информированное согласие на обработку персональных данных.

Я, нижеподписавшийся **Иванов Иван Иванович** проживающий по адресу Московская область, г. Москва, ул.Ставропольская 1, кв.1, паспорт 0000 000000, выдан ГУ УУ РФ «1» января 2020, код подразделения 200-000, даю свое согласие ООО «Медицинский центр «Евромедсервис», адрес: 614000, Россия, г. Пермь, ул. Пушкина,7 (далее - Оператор), на обработку своих персональных данных, на следующих условиях:
1. В соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных, подтверждаю свое согласие на обработку моих персональных данных, включающих: в том числе – фамилия, имя, отчество, год, место, дата и место рождения, паспортные данные, национальность, семейное положение, образование, профессия, состояние здоровья, контактные телефоны, адрес регистрации, адрес фактического проживания, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью и прочее в медико-профилактических целях, в целях установления диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну. В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего обследования и лечения.
2. Субъект дает согласие на обработку Оператором своих персональных данных, то есть совершение следующих действий: обработку (включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных). При этом, общее описание вышеуказанных способов обработки данных приведено в Федеральном законе от 27.07.2006 № 152-ФЗ, а также на передачу такой информации третьим лицам в случаях, установленных действующим законодательством.
3. Настоящее согласие действует бессрочно. Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты).
4. Настоящее согласие может быть отозвано Субъектом в любой момент. В случае неправомерного использования предоставленных данных соглашение отзывается письменным заявлением Субъекта персональных данных.
5. Субъект по письменному запросу имеет право на получение информации, касающейся обработки его персональных данных и отзыв Согласия на обработку персональных данных в соответствии с п. 4 ст. 14 Федерального закона №152-ФЗ.
Дата: «27» января 2026

Подпись субъекта персональных данных ✓ _____/ФИО пациентаФИО пациентаИванов Иван Иванович