Приложение 3 к Правилам внутреннего распорядка ООО «ЮРСтом»

**Предварительное информированное согласие на медицинское вмешательство и обработку персональных данных**

 В соответствии с Постановлением правительства РФ № 1006 от 4 октября 2012 г. «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», я, *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* получил(а) информацию о возможности оказания медицинской помощи с по платным услугам в ООО «ЮРСтом». Мною получена информация о возможности оказания стоматологической помощи бесплатно, по полису обязательного медицинского страхования, в рамках Территориальной программой ОМС в других медицинских организациях.

 Я ознакомлен(а) с распорядком и правилами лечебно-охранительного режима, установленного в данном лечебном учреждении и обязуюсь их соблюдать. Я предупрежден(а) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу, назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

 Мне дана информация о возможности выбора врача и записи на прием в удобное для меня время.

 Я обязуюсь поставить в известность врача об имеющихся у меня хронических заболеваниях, в том числе аллергических проявлениях и непереносимости лекарственных средств, травмах, операциях, принимаемых препаратов, алкоголя, наркотических и токсических средств, фактором физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня.

 Я даю согласие на осмотр другими медицинскими работниками исключительно в медицинских, научных целях с учетом сохранения врачебной тайны.

 В случае необходимости я разрешаю предоставить информацию о моем заболевании моим родственникам, законным представителям\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (указать – кому)

 Я даю добровольное согласие на диагностические исследования, медицинское вмешательство.

 Я даю добровольное согласие на обработку моих персональных данных сотрудниками ООО «ЮРСтом» для ввода в базу данных о медицинских вмешательствах; сбор; систематизацию; накопление; хранение; уточнение (обновление, изменение); распечатку документов, регламентируемых требованиями приказов МЗ РФ, Постановлениями Правительства РФ.

Согласие вступает в силу с момента его подписания и действует до момента отзыва по решению суда или по решению самого физического лица.

**Пациент \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 ***Фамилия, инициалы подпись***