**ООО «Диагностический центр «Энерго»**

**Информированное добровольное согласие на оказание медицинских услуг и согласие на обработку персональных данных**

1. Я, <Представитель>, документ, удостоверяющий личность: <ПРЕД\_ПАСПОРТ\_СЕРИЯ> № <ПРЕД\_ПАСПОРТ\_НОМЕР> Выдан <ПРЕД\_ПАСПОРТ\_ВЫДАН> <ПРЕД\_ПАСПОРТ\_ДАТА\_ВЫДАЧИ>, зарегистрирован по адресу: <ПРЕДСТАВИТЕЛЬ\_АДРЕС> \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, являясь законным представителем <ПАЦИЕНТ>, свидетельство о рождении <СВИД\_СЕРИЯ> № <СВИД\_НОМЕР>, выданное <СВИД\_ВЫДАН> \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ проживающего по адресу: <ПАЦИЕНТ\_АДРЕС> \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, дата рождения: <ПАЦИЕНТ\_ДАТАРОЖДЕНИЯ>
2. в соответствии с п. 4 ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие ООО «Диагностический центр «Энерго» на обработку персональных данных моего ребенка (далее – Пациент) на следующих условиях:
3. Цели обработки: медико-профилактические, установление медицинского диагноза, оказание медицинских и медико-социальных услуг.
4. Перечень персональных данных, которые могут обрабатываться ООО «Диагностический центр «Энерго»: любая информация, включая: фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии); пол; дата рождения; место рождения; гражданство; данные документа, удостоверяющего личность; место жительства; место регистрации; дата регистрации; страховой номер индивидуального лицевого счета (при наличии), принятый в соответствии с законодательством Российской Федерации об индивидуальном (персонифицированном) учете в системе обязательного пенсионного страхования; номер полиса обязательного медицинского страхования застрахованного лица (при наличии); анамнез; диагноз; факте обращения за медицинскими услугами; сведения об организации, оказавшей медицинские услуги; вид оказанной медицинской помощи; условия оказания медицинской помощи; сроки оказания медицинской помощи; объем оказанной медицинской помощи; результат обращения за медицинской помощью; стоимость лечения; серия и номер выданного листка нетрудоспособности (при наличии); сведения об оказанных медицинских услугах; примененные стандарты медицинской помощи; сведения о медицинском работнике или медицинских работниках, оказавших медицинскую услугу.
5. Срок действия согласия 10 лет.
6. ООО «Диагностический центр «Энерго» вправе осуществлять любые действия по обработке моих персональных данных и персональных данных моего ребенка, в т.ч.: сбор; систематизацию; накопление; хранение; уточнение; использование; предоставление; блокирование; уничтожение.
7. Согласие может быть отозвано мной в любое время на основании моего письменного заявления, направленного по указанному в настоящем согласии адресу ООО «Диагностический центр «Энерго» на имя директора. Заявление должно содержать паспортные данные, сведения о дате выдачи указанного документа и выдавшем его органе.
8. Данные о Компании: **Адрес**: 196084, г. Санкт-Петербург, ул. Киевская, д. 5, корп.4 ,пом 20-Н; **Директор –** Скородумов Сергей Львович

Я ДАЮ свое согласие на проведение профилактики, диагностики и лечения «Пациента»:

**Функциональные методы обследования**

Я даю свое согласие на проведение «Пациенту» функционального обследования, в том числе электрокардиографии, суточного мониторирования артериального давления, суточного мониторирования электрокардиограммы, велоэргометрии.

**Маммография**

Я проинформирован(а) о сущности данного исследования и об альтернативных методах диагностики.

1. Цель, характер, способ, этапы проведения процедуры мне разъяснены. О возможных болевых ощущениях или других негативных реакциях при проведении отдельных манипуляций во время процедуры и в период реабилитации после нее я предупрежден(а).

2. Схема процедуры: стандарт обе молочные железы (4 снимка) / одна молочная железа (2 снимка)

3. Используемые дозы рентгеновского излучения: 0,6 мЗВ / 0,3 мЗВ

4. Я проинформирован(а) о том, что процедура проводится без анестезии

5. Я проинформирован(а) о риске возникновения побочных реакций, осложнений и иных негативных последствий в результате выполнения процедуры.

6. Я подтверждаю, что на момент исследования «Пациент» не имеет беременности, так как информирована о вредном воздействии рентгеновского излучения на развитие плода.

7. Я сообщил (а) врачу все известные мне сведения о: хронических и острых заболеваниях, перенесенных травмах, операциях; лечении, процедурах и манипуляциях, выполненных в течение предыдущего года и осуществляемых в настоящее время в других медицинских учреждениях; лекарственных препаратах, принимаемых в настоящее время; вредных привычках «Пациента».

8. Я предупрежден(а), что в случае неполной или недостоверной информации по указанным вопросам в результате проведения данной процедуры может наступить повреждение моего здоровья «Пациента».

Настоящим я доверяю врачам кабинета маммографии проводить выбранную выше процедуру.

**Ультразвуковое исследование**

Я проинформирован(а) о сущности данного исследования, о том, что оно не сопровождается рентгеновским излучением, об альтернативных данному виду методах диагностики и преимуществах данного вида.

Настоящим я доверяю врачам кабинета ультразвуковой диагностики проводить УЗ исследование «Пациенту».

**Инвазивные лечебные и диагностические манипуляции**

Даю свое согласие на проведение «Пациенту» в соответствии с назначениями врача инвазивных лечебных и диагностических манипуляций (взятие крови из периферических вен или из пальца, внутримышечных, подкожных, внутривенных и капельных инъекций); на выполнение лабораторно-диагностических исследований: общего и биохимического анализа крови, гормонального статуса, коагулограммы, онкомаркеров, общего анализа мочи и других видов анализов.

**Посещение врача-специалиста с проведением необходимых манипуляций**

Даю свое согласие на проведение осмотра «Пациента» врачом-специалистом (терапевта, невролога, гинеколога, уролога, эндокринолога, маммолога, кардиолога, оториноларинголога, гастроэнтеролога, онколога, офтальмолога, дерматолога, ортопеда-травматолога, сосудистого хирурга, хирурга, педиатра, детского невролога, детского нефролога, проведение массажа), в том числе на пальпацию, перкуссию, аускультацию, риноскопию, фарингоскопию, непрямую ларингоскопию, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование, а также на антропометрические исследования, термометрию, тонометрию, исследования нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).

**Рентгенография**

Я проинформирован(а) о сущности данного исследования и о том, что оно сопровождается рентгеновским излучением. Я также информирован(а) о приблизительной лучевой нагрузке (дозе), которую получит «Пациент» в процессе исследования. Я проинформирован(а) об альтернативных данному виду методах диагностики и преимуществах данного вида. Я подтверждаю, что «Пациент» не страдает заболеваниями и не принимаю никаких лекарственных и иных химических веществ, которые могут осложнить проводимое исследование.

**Для женщин**: Я подтверждаю, что на момент исследования «Пациент» не имеет беременности, так как информирована о вредном воздействии рентгеновского излучения на развитие плода.

Я проинформирован(а), что при рентгеновских исследованиях с введением контрастирующего препарата будет проводиться внутривенное или внутриполостное введение йодсодержащего рентгеноконтрастного препарата и ДАЮ СВОЕ СОГЛАСИЕ на его введение. Я подтверждаю, что «Пациент» не имеет аллергической реакции на йодсодержащие препараты. Я проинформирован(а) о возможных осложнениях при введении контрастирующего вещества и о возможных их последствиях для моего здоровья, а также о медицинских мероприятиях, которые могут быть следствием развития подобных осложнений. Я проинформирован(а), что возможным осложнением при введении контрастирующего препарата может быть экстравазация сосуда (разрыв стенки сосуда в месте инъекции) на фоне которой контрастирующий препарат может проникать в мягкие ткани в зоне проведения инъекции.

Настоящим я доверяю врачам рентгеновского кабинета проводить рентгеновское исследование.

Я ДАЮ свое согласие на проведение профилактики, диагностики и лечения:

**Опрос, выявление жалоб, сбор анамнеза.**

Я даю свое согласие на проведение опроса, выявление жалоб, сбор анамнеза

Я проинформирован, что отсутствие направления лечащего врача и/или конкретных жалоб, усложняет описание заключения врачом-рентгенологом и делает его менее объективным.

* Направление: предоставлено / не предоставлено **(Нужное подчеркнуть).**
* Я отказываюсь /согласен, ввести «Пациенту» контрастирующее вещество **(Нужное подчеркнуть).**

Я проинформирован(а), что сотрудники ООО «Диагностический центр «Энерго» не принимают и не оставляют у себя на хранение/передачу/копирование/сканирование результаты любых обследований и прочую медицинскую документацию из сторонних медицинских учреждений.

В соответствии с ч.3 ст.13 Федерального Закона от 21.11.2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации, даю согласие на передачу сведений, составляющих врачебную тайну

гр. (ФИО) <ДоверенноеЛицо1>;

гр. (ФИО) <ДоверенноеЛицо2>;

медицинским и иным учреждениям, с которыми у ООО «Диагностический центр «Энерго» имеются договорные отношения об оказании медицинской помощи (предоставлении медицинских услуг), а также передачу указанных выше сведений по электронным каналам связи на адреса электронной почты:

<АдресЭлПочты1> (и\или) <АдресЭлПочты2>

Содержание настоящего документа мною прочитано, разъяснено мне медицинскими работниками ООО «Диагностический центр «Энерго». Мое согласие является свободным и основано на полученной мной достаточной информации. Я подтверждаю, что прочитал(а) и понял(а) все вышеизложенное. Мое решение провести исследование «Пациенту» является добровольным, что я удостоверяю своей подписью.

Подпись законного представителя, дающего согласие: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / <ПРЕДСТАВИТЕЛЬ\_ФИО>

Медицинский работник, получивший согласие \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 « <ДАТА\_Д> » <ДАТА\_М> <ДАТА\_Г> г.