

## ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ

с общим планом лечения, обследования, реабилитации в медико-восстановительном центре государственного бюджетного профессионального образовательного учреждения Ставропольского края «Ставропольское училище олимпийского резерва (техникум)»  
(далее по тексту МВЦ СУОР)

Я \_\_\_\_\_  
ФИО полностью  
обратившись за медицинской помощью в МВЦ СУОР ознакомлен с необходимым возможным первичным планом обследования и возможными методами лечения и реабилитации, включающими в себя:

- осмотр врача;
- взятие крови из пальца;
- внутривенные и внутримышечные инъекции;
- лучевые методы исследования;
- проведение консультаций специалистов;
- проведение инструментальных методов исследования

и **согласен / не согласен** (подчеркнуть) с применением видов медицинских вмешательств:  
- в рамках объема государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи гражданам РФ;  
- в рамках договора оказания платных медицинских услуг при возникновении медицинских показаний применения методов диагностики и лечения, не предусмотренных объемом государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи гражданам РФ.

Я информирован (а) о том, что медицинская информация является конфиденциальной в соответствии со статьей 13 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», мне подтверждена гарантия конфиденциальности сведений, касающихся моего здоровья.

Я **разрешаю / не разрешаю** (подчеркнуть) предоставлять мою медицинскую информацию должностным лицам МВЦ СУОР.

Я **согласен/не согласен** (подчеркнуть) на осмотр меня студентами медицинских ВУЗов и колледжей в медицинских обучающих и научных целях с учетом требования законодательства РФ о гарантии мне конфиденциальности моей медицинской информации.

**В соответствии с федеральным законом от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных»** принимаю решение о предоставлении моих персональных данных и даю согласие на их обработку своей волей и в своем интересе:

- обработка персональных данных осуществляется в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг при условии, что обработка персональных данных осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну;
- обработка персональных данных осуществляется для статистических или иных научных целей при условии обязательного обезличивания персональных данных.

Я **разрешаю/не разрешаю** (подчеркнуть) использовать мою медицинскую информацию для ведения электронной формы медицинской документации.

Я **разрешаю/ не разрешаю** (подчеркнуть) использовать мою медицинскую информацию и медицинскую документацию для проведения экспертизы качества оказания медицинской помощи, в том числе с привлечением независимых специалистов.

Я **ознакомлен**, что в соответствии со статьей 27 ФЗ РФ от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» обучающийся обязан соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период временной нетрудоспособности, и правила поведения в медицинских организациях.

Я ознакомлен, что обязан после окончания лечебно-реабилитационного курса (приема врача) сдать медицинскую карту амбулаторного больного (историю болезни) в регистратуру МВЦ. В случае заболевания обучающегося острыми заболеваниями обучающийся должен уехать домой до полного выздоровления с предоставлением справки от участкового терапевта по месту постоянного жительства

Обучающийся \_\_\_\_\_

Медицинский работник \_\_\_\_\_

Дата