

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 соответствие 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 обучающего острыми заболеваниями обучающийся должен уехать домой до полного выздоровления с предоставлением справки от участкового терапевта по месту постоянного жительства

Обучающийся_____

Медицинский работник _____
Дата _____