

СОГЛАСИЕ на обработку персональных данных

Я, _____
(фамилия, имя, отчество)

зарегистрированный (-ая) по адресу _____
имеющий паспорт серия: _____ в соответствии с требованиями
статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 «О персональных данных» № 152-ФЗ в целях оказания мне (моему
недееспособному опекаемому/несовершеннолетнему ребенку) медицинских услуг подтверждаю свое согласие на
обработку персональных данных ФГБУ ДОО «Пионерск» Минздрава России (далее – Оператор), 238590 Калининградская
область г. Пионерский, ул. Комсомольская, д.44-А, ИНН 3910002710/ОГРН 1023902057860

_____ (фамилия, имя, отчество, год рождения)
зарегистрированный (-ая) по адресу _____ имеющего Свидетельство о рождении _____
сведения об информационных ресурсах Оператора, посредством которых может предоставляться доступ ограниченному
кругу лиц и иные действия с персональными данными субъекта персональных данных: МИС «LOTUS», МИС «Санкур»
моих персональных данных, в том числе персональных данных, разрешенных субъектом персональных данных для
распространения, следующих категорий персональных данных: фамилию, имя, отчество; пол, дата рождения, адрес места
жительства, телефон, адрес электронной почты, место работы/учебы, данные паспорта (или иного документа,
удостоверяющего личность), данные полиса ОМС (или ДМС); страховой номер индивидуального лицевого счета
(СНИЛС); - специальные категории персональных данных: сведения о состоянии здоровья, случаях обращения за
медицинской помощью, сведения о диагностических мероприятиях, установлении диагноза, назначенном и проведенном
лечении, данных рекомендаций; - дополнительно: на интервью, фото-и видеосъемку, редактирование и использование
фото- и видео в некоммерческих целях (в государственных, общественных и иных интересах), включая печатную
продукцию, размещение в сети Интернет и др. СМИ.

В соответствии с требованиями статьи 10 Федерального закона от 27.07.2006 «О персональных данных» № 152-ФЗ даю
согласие на обработку моих персональных данных Оператору при условии, что их обработка осуществляется лицом,
профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

Оператор имеет право: при обработке моих персональных данных вносить их в реестры, базы данных автоматизированных
информационных систем для формирования отчетных форм и иных сведений, предоставление которых регламентировано
нормативными документами, так и на бумажном носителе;

- с целью выполнения своих обязательств, предусмотренных действующим законодательством на предоставление,
передачу моих персональных данных иным организациям, при условии, что передача будет осуществляться с
использованием бумажных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих защиту моих
персональных данных от несанкционированного доступа, а также при условии, что их прием и обработка будут
осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор,
систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, распространение, обезличивание,
блокирование, уничтожение, на срок хранения медицинской документации.

Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения
в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных
данных (документов) по ОМС (договором ДМС).

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.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (по договору ДМС) на обмен (прием и
передачу) моими персональными данными со страховой медицинской организацией
_____ и Фондом ОМС с использованием машинных носителей или по
каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их
прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Даю согласие на то, что срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения медицинской карты,
предусмотренного действующим законодательством. По истечении указанного срока хранения моих персональных данных
Оператор обязан уничтожить все мои персональные данные, включая все копии на бумажных носителях информации.
Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться с моего письменного
согласия и в соответствии с требованиями действующего законодательства.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие полностью или частично путем подачи письменного заявления при
личном обращении в ФГБУ ДОО «Пионерск» Минздрава России при предъявлении документа, удостоверяющего личность.
В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку моих персональных данных
Оператор обязан прекратить: включая сбор, систематизацию, накопление, обновление, изменение, использование,
распространение, обезличивание, блокирование на срок хранения медицинской документации в течение 30 дней. При этом
Оператор продолжает осуществлять хранение всей имеющейся документации на срок, предусмотренный действующим
законодательством с последующим уничтожением.

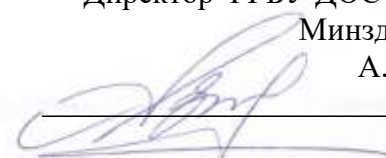
Представитель субъекта персональных данных _____ (подпись, ФИО)

Настоящее согласие дано мной " _____ " _____ 20 ____ г. и действует _____.

Контактный телефон (-ы) _____

Адрес электронной почты или почтовый адрес: _____

«Утверждаю»
Директор ФГБУ ДОС «Пионерск»
Минздрава России
А.В. Ткаченко



**Общие правила для пациентов
ФГБУ ДОС «Пионерск» Минздрава России**

1. Организация приема и выписки: заезд с 8.00 - выезд до 20.00.
2. Уход или отъезд из санатория пациента/законного представителя не допускается. Вход на территорию только с использованием идентификационных карт. Передача третьим лицам идентификационных карт не допустима.
3. До 22.00 часов просьба возвращаться в санаторий! Мы заботимся о Вашей безопасности.
4. Не оставляйте детей в номерах (палатах), на территории, на игровой площадке и т.п. без присмотра, просьба ознакомиться с правилами поведения на площадке.
5. Посторонним лицам находиться в номерах (палатах) санатория и на территории в ночное время нельзя.
6. В случае выявления среди отдыхающих больного проводится его изоляция/госпитализация. Любые проявления ОРВИ в обязательном порядке озвучиваются лечащему врачу/дежурной службе санатория. Обязательное соблюдение мер личной гигиены.
7. Кормление животных на территории санатория и проживание в номерах санатория с животными запрещено!
8. Курение (в т.ч. вейп-продукции, электронных сигарет) и распитие спиртных напитков в номерах и на территории санатория запрещено!
9. Вынос и порча имущества санатория запрещено!
10. Пациент/законный представитель несет материальную ответственность за ущерб, причиненный санаторию им лично и (или) детьми, которых он сопровождает.
11. По вопросам (медицинским, хозяйственным), связанным с пребыванием в санатории следует обратиться к дежурной медсестре, сестре-хозяйке Вашего отделения.
12. За грубое нарушение режима-досрочная выписка.
13. Соблюдение требований Постановления Правительства РФ от 25.04.2012 года № 390 «О противопожарном режиме в РФ» и правила пожарной безопасности граждан, прибывших для временного проживания и лечения, не оставлять зарядное устройство без присмотра.
14. Приносить и использовать на территории и в помещениях санатория пиротехнику, взрывные изделия, оружие любых типов, в том числе игрушечное, ядовитые и легковоспламеняющиеся вещества, препараты содержащие наркотические вещества нельзя.

_____/ФИО/ _____/Подпись/

«_____» _____2025

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я,

« ____ » _____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)
(дата рождения гражданина либо законного представителя) _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:

_____ (адрес регистрации гражданина либо законного представителя)
проживающий по адресу: _____
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)
в отношении (фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)

« ____ » _____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента)
(дата рождения пациента при подписании законным представителем) _____ г. рождения, проживающего по адресу:

(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

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. № 390н (далее – виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в федеральном государственном учреждении детский ортопедический санаторий «Пионерск» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, в соответствии с назначениями врача* - диагностических исследований: анализа крови общего и биохимического, анализа мочи общего, спирометрии, реоэнцефалографии, кардиоинтервалографии, клинического анализа движения, компьютерной оптической топографии, электрокардиографии, стабิโลграфии и других диагностических процедур; проведения рентгеновских, ультразвуковых исследований и лечебных мероприятий: прием таблетированных препаратов, инъекций, внутривенных вливаний, мануальной терапии, гирудотерапии, физиотерапевтических процедур, лечебной физкультуры, массажа, роботизированной терапии, механотерапии; необходимость других методов обследования и лечения будет мне разъяснена дополнительно, для получения специализированной помощи*/санаторно-курортного лечения лицом*, законным представителем которого я являюсь в федеральном государственном учреждении детский ортопедический санаторий «Пионерск» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Медицинским работником _____

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

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. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств 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».

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 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 здоровья лица, законным представителем которого я являюсь:

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

Разрешаю посещение в лечебном учреждении лицо, законным представителем которого я являюсь

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина/н или его законного представителя, телефон)

« ____ » _____ 20 ____ г.
(подпись) _____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина/н или его законного представителя, телефон)

« ____ » _____ 20 ____ г.
(подпись) _____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

« ____ » _____ 20 ____ г.

*в соответствии с предметом и целями деятельности санатория

Отказ от медицинского вмешательства

Я, _____ « ____ » _____ г. рождения,
(фамилия, имя, отчество (при наличии) и дата рождения гражданина либо законного представителя)
зарегистрированный по адресу: _____
(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

в отношении _____ « ____ » _____ г. рождения,
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента и дата рождения при подписании отказа законным представителем)
при оказании мне (представляемому лицу) первичной медико-санитарной помощи
в федеральном государственном учреждении детский ортопедический санаторий «Пионерск»
Министерства здравоохранения Российской Федерации.
отказываюсь от следующих видов медицинских вмешательств, включенных 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/ специализированной помощи*/санаторно-
курортного лечения* (*в соответствии с предметом и целями деятельности санатория), утвержденный приказом
Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г.
№ 390н:

_____ (наименование вида (видов) медицинского вмешательства)

Медицинским работником _____
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)
в доступной для меня форме мне разъяснены возможные последствия отказа от вышеуказанных видов
медицинских вмешательств, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния)

(указываются возможные последствия отказа от вышеуказанного (вышеуказанных) вида (видов) медицинского
вмешательства, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния))

Мне разъяснено, что при возникновении необходимости в осуществлении одного или нескольких
видов медицинских вмешательств, в отношении которых оформлен настоящий отказ, я имею право
оформить информированное добровольное согласие на такой (такие) вид (виды) медицинского
вмешательства.

(подпись) _____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или законного представителя
гражданина)

(подпись) _____ « ____ » _____ г.
(фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника) (дата оформления)

Протокол устного отказа от медицинского вмешательства

Пациенту _____ в доступной форме разъяснены
(Ф.И.О)
возможные последствия отказа от медицинских вмешательств, в том числе вероятность развития
осложнений заболевания (состояния) в виде _____

(возможные последствия, осложнения)

От подписи бланка «Отказ от медицинского вмешательства» отказался (отказалась):

Консилиум врачей в составе:

Должность, Ф.И.О. и подпись _____

Должность, Ф.И.О. и подпись _____

Должность, Ф.И.О. и подпись _____

Дополнительная информация:

" ____ " _____ 20__ год

«Утверждаю»
Директор ФГБУ ДОС «Пионерск»
Минздрава России
А.В. Ткаченко

ДОВЕРЕННОСТЬ № _____
на осуществление прав пациента

_____ (место и дата выдачи доверенности прописью)

Я, гражданин _____
(гражданство) _____ (Ф.И.О. доверителя полностью), "____" _____ года рождения, паспорт*:
серия _____ N _____, выдан _____ "____" _____ г.,
зарегистрирован _____ по _____ адресу:
_____, настоящей
доверенностью уполномочиваю гражданина _____ (гражданство)
_____ (Ф.И.О. доверенного лица
полностью), "____" _____ года рождения, паспорт: серия _____ N _____, выдан
_____ "____" _____ г., зарегистрирован _____ по адресу:
_____, осуществлять от его имени права пациента,
предусмотренные **ч. 5 ст. 19**** Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны
здоровья граждан в Российской Федерации", для чего ему (вариант: ей) предоставляются следующие
права:

_____ (перечислить, какие именно права доверитель разрешает осуществлять доверенному лицу).

Также доверенное лицо имеет право на осуществление следующих действий от имени
доверителя: _____.

Доверенность выдана сроком на _____ день (дней), без права передоверия.

Доверитель:

_____ (подпись)/ _____ (Ф.И.О.)

Директор _____ А.В. Ткаченко

* копия паспорта прилагается;

**ч. 5 ст. 19. Пациент имеет право на:

- 1) выбор врача и выбор медицинской организации в соответствии с настоящим Федеральным законом;
- 2) профилактику, диагностику, лечение, медицинскую реабилитацию в медицинских организациях в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям;
- 3) получение консультаций врачей-специалистов;
- 4) облегчение боли, связанной с заболеванием, состоянием и (или) медицинским вмешательством, методами и лекарственными препаратами, в том числе наркотическими лекарственными препаратами и психотропными лекарственными препаратами;
(п. 4 в ред. Федерального закона от 06.03.2019 N 18-ФЗ)
- 5) получение информации о своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья, выбор лиц, которым в интересах пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья, в том числе после его смерти;
(в ред. Федерального закона от 02.07.2021 N 315-ФЗ)
- 6) получение лечебного питания в случае нахождения пациента на лечении в стационарных условиях;
- 7) защиту сведений, составляющих врачебную тайну;
- 8) отказ от медицинского вмешательства;
- 9) возмещение вреда, причиненного здоровью при оказании ему медицинской помощи;
- 10) допуск к нему адвоката или **законного представителя** для защиты своих прав;
- 11) допуск к нему священнослужителя, а в случае нахождения пациента на лечении в стационарных условиях - на предоставление условий для отправления религиозных обрядов, проведение которых возможно в стационарных условиях, в том числе на предоставление отдельного помещения, если это не нарушает внутренний распорядок медицинской организации.