

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, _____
ФИО, документ (паспорт) серия, номер, кем выдан, дата выдачи

являюсь законным представителем несовершеннолетнего _____

(ФИО несовершеннолетнего, в случае опекунства указать реквизиты документа, на основании которого осуществляется опека или попечительство)

приходящегося мне _____, зарегистрированного по адресу: _____

Даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство указанного несовершеннолетнего лица, включенное в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390Н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N24082) (далее –Перечень) на оказание указанному несовершеннолетнему лицу медицинской услуги: взятие мазка на выявление РНК коронавируса SARS-COV2 в рамках получения первичной медико-санитарной помощи / первичной специализированной медико-санитарной помощи, оказываемой Обществом с ограниченной ответственностью «Независимая лаборатория ИНВИТРО», ФБУЗ ФЦГиЭ Роспотребнадзора. Медицинским работником в доступной форме разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанные с ними риски, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Разъяснено право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в перечень, 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 выбранных лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 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 указанного несовершеннолетнего лица:

(Ф.И.О. выбранного гражданина, контактный телефон, в случае отсутствия - прочерк)

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

СОГЛАСИЕ на обработку персональных данных

В соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», в целях оказания мне медицинских услуг, подтверждаю свое согласие на обработку ФБУЗ «Федеральный центр гигиены и эпидемиологии» Роспотребнадзора (ИНН 7726008570, адрес местонахождения: 117105, Москва, Варшавское шоссе, дом 19А), ООО «Независимая лаборатория ИНВИТРО» (ИНН 7710294238, ЕГРЮЛ 1037739468381, адрес местонахождения: 125047, г. Москва, ул. 4-я Тверская-Ямская, д. 16, корп. 3, этаж 3, помещение I, комната 3) (далее по тексту - Оператор) моих персональных данных, персональных данных указанного несовершеннолетнего лица, включающих: фамилию, имя, отчество, год, месяц, дату и место рождения, пол, гражданство, место жительства, в том числе сведения о регистрации по месту жительства, месту проживания, место работы, реквизиты документа, удостоверяющего личность (серия, номер, дата выдачи, наименование и код подразделения органа выдавшего документ), реквизиты полисов медицинского страхования, страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), сведения об оказанной медицинской помощи, сведения о мерах социальной поддержки, данные о состоянии здоровья, в том числе, содержащие врачебную тайну в целях оказания **медицинской услуги: взятие мазка на выявление РНК коронавируса SARS-COV2 в рамках получения первичной медико-санитарной помощи / первичной специализированной медико-санитарной помощи**, обеспечения соблюдения законов Российской Федерации и иных нормативных правовых актов Российской Федерации, уведомления субъекта персональных данных о результатах исследования с использованием федеральной государственной информационной системы «Единый портал государственных и муниципальных услуг» на наличие возбудителя коронавирусной инфекции (COVID-19) и Организатора мероприятия на наличие возбудителя коронавирусной инфекции (COVID-19).

Предоставляю Оператору право осуществлять при обработке персональных данных все действия (операции) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Оператор вправе обрабатывать указанные персональные данные посредством внесения их в информационные хранилища (электронную базу данных, списки, реестры, регистры).

Срок хранения указанных персональных данных соответствует сроку хранения медицинской документации.

Передача указанных персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Я оставляю за собой право отозвать данное согласие в письменной форме, которое может быть направлено в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручено лично под расписку представителю Оператора.

Настоящее согласие дано мной в интересах указанного несовершеннолетнего лица и действует 1 (один) год, в случае если согласие не отозвано в письменной форме.

ДАТА ЗАПОЛНЕНИЯ _____ 2023 года

(подпись)

(Ф.И.О.)