

**ГБУЗ СО «ВРАЧЕБНО-ФИЗКУЛЬТУРНЫЙ ДИСПАНСЕР № 2»
ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКИЙ ОСМОТР (ОБСЛЕДОВАНИЕ) ЛИЦА,
ЗАНИМАЮЩЕГОСЯ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРОЙ И МАССОВЫМИ ВИДАМИ СПОРТА**

Я, нижеподписавшийся(-аяся), _____,
(Ф.И.О. пациента/законного представителя (родители, усыновители, опекуны))

(Ф.И.О. несовершеннолетнего до 15 лет, недееспособного)

Я, нижеподписавшийся(-аяся), доверяю сопровождать моего несовершеннолетнего (до 15 лет) на медицинский осмотр (обследование) тренеру _____

(Ф.И.О. тренера, подпись)

настоящим подтверждаю, что в соответствии со ст. 20 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 21.11.2011 № 323, приказа Министерства Здравоохранения и социального развития РФ от 23.04.2012 года № 390н, согласно моей воле, в доступной для меня форме, проинформирован(а) о целях и задачах медицинского осмотра лица, занимающегося физической культурой и спортом. Я добровольно даю согласие на проведение медицинского осмотра (антропометрию, осмотр врачей-специалистов: ЛОР, офтальмолога, невролога, ортопеда, спортивного врача с функциональными пробами); лабораторных исследований (общий анализ крови, биохимический анализ крови, анализ мочи); исследования электрофизиологических показателей (ЭКГ, в том числе с нагрузочными пробами, ВЭМ, спирография); ЭХО-кардиографических исследований по показаниям для допуска к занятиям физической культурой и к участию в массовых спортивных соревнованиях. Мне разъяснена и понятна суть моего медицинского осмотра (обследования). Я понимаю необходимость проведения медицинского осмотра (обследования). Я согласен (согласна) на проведение дополнительных вмешательств, которые могут потребоваться в результате медицинского обследования (физиопроцедуры, ЛФК, массаж, медикаментозная терапия, консультация других специалистов). Я удостоверяю, что текст моего информированного согласия на медицинский осмотр (обследование) мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют.

« ____ » _____ 20 ____ г. _____ / _____
(Подпись пациента или (Расшифровка подписи) его законного представителя)

Настоящий документ оформлен _____

(лечащий врач, зав. отделением ЛПУ, другой специалист, принимающий непосредственное участие в обследовании)

по результатам предварительного информирования пациента (законного представителя) в соответствии с Приложением № 1 к Приказу Минздрава РФ от 01.03.2016 года № 134н «О порядке организации оказания медицинской помощи лицам, занимающимся физической культурой и спортом».

Доверяю тренеру _____

(ФИО тренера)

Информацию о результатах медицинского осмотра (обследования) моего ребенка

“ ____ ” _____ 20 ____ г. _____ / _____
(Подпись пациента или (Расшифровка подписи) его законного представителя)

СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных

Я, _____,
(Ф.И.О. полностью)
проживающий (ая) по адресу _____,
(по месту регистрации)
паспорт _____,
(серия, номер, дата выдачи, наименование выдавшего органа)

в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», подтверждаю свое согласие на обработку ГБУЗ СО «Врачебно-физкультурный диспансер № 2» (далее - Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, мобильный телефон, реквизиты полиса ОМС, страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, данные о праве на льготные рецепты, выписанные льготные рецепты при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

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. Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. 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. Оператор вправе поручить обработку моих персональных данных с правами осуществлять все действия включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. ГБУЗ СО «Медицинский информационно-аналитический центр», 620078, г. Екатеринбург, ул. Гагарина, 53; ГБУ СО ОПЕРАТОР «ЭЛЕКТРОННОГО ПРАВИТЕЛЬСТВА», 620094, Россия, Свердловская область, Екатеринбург, ул. Большакова, 105; ООО «Фирма «Эскейл», 129010, г. Москва, Проспект Мира, д. 16, стр. 2; АО «РТ Лабс», 141400, Московская область, г. Химки, ул. Пролетарская, д. 23 (юридический адрес), 123317, г. Москва, ул. Антонова-Овсеенко, д. 15, стр. 1 (почтовый адрес); ООО «Медотрейд», 117997, г. Москва, ул. Вавилова, д. 69/75, оф. 1101; ООО «ПАРУС-Екатеринбург» (Региональный офис), 620014, г. Екатеринбург, ул. Маршала Жукова, д. 13; ОАО «Ростелеком», 191002, Россия, г. Санкт-Петербург, ул. Достоевского, д. 15 с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будет осуществляться лицом, обязанным сохранять конфиденциальность.

Я предоставляю право медицинским работникам осуществлять, на указанные мной мобильный телефонный номер и адрес электронной почты, информирование о произведенной записи на прием к врачу, об отмене / перенесении планируемого приема в связи с изменением расписания работы специалистов, о необходимости / возможности пройти вакцинацию или диспансеризацию, о готовности результатов медицинских анализов и обследований.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (двадцать пять лет - для стационара, двадцать пять лет - для поликлиники). Разрешаю предоставить информацию о моем диагнозе, степени тяжести и характере заболевания моим родственникам, законным представителям, гражданам (Ф.И.О.): _____

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

Настоящее согласие дано мной « _____ » _____ 20 ____ г. и действует до окончания сроков хранения первичной медицинской документации.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Мобильный телефон(ы) _____ (в случае, если контактный телефон не указывается, смс - информирование поступать не будет)

Почтовый адрес _____

Адрес электронной почты _____ (в случае, если адрес электронной почты не указывается, информирование на e-mail поступать не будет)

Подпись субъекта персональных данных _____