

ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ
НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ УСЛУГ, ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, _____
(Ф.И.О. потребителя)

Паспорт: серия _____ № _____, выдан _____
« _____ » _____ г., зарегистрированный по адресу: _____

(адрес регистрации потребителя)

в рамках договора об оказании платных услуг желаю получить в государственном бюджетном учреждении здравоохранения Республики Башкортостан Бирская центральная районная больница, сокращенное наименование ГБУЗ РБ Бирская ЦРБ (далее по тексту - Учреждение) платные услуги и даю свое согласие

1. На оказание платных услуг.

1.1. Я получил от сотрудников ГБУЗ РБ Бирская ЦРБ полную информацию о возможности и условиях предоставления мне бесплатных медицинских услуг в рамках Программы государственных гарантий на получения бесплатной медицинской помощи,

даю свое согласие на оказание мне платных услуг и готов ее оплатить.

1.2. Я ознакомлен (а) с действующим прейскурантом и согласен на оплату стоимости оказанных услуг в соответствии с ним;

2. В соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.06 "О персональных данных" № 152-ФЗ (в редакции от 05.04.2013г.) я подтверждаю свое согласие на обработку ГБУЗ РБ Бирская ЦРБ моих персональных данных, включающих: паспортные данные, фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер Индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данных о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

3. На медицинское вмешательство.

3.1. Мне разъяснены и понятны суть моего заболевания и опасности, связанные с дальнейшим развитием этого заболевания. Я понимаю необходимость проведения манипуляций (процедур), выполняемых в рамках заключенного настоящего договора.

3.2. Мне полностью ясно, что во время указанной манипуляции (процедуры) или после нее могут развиться осложнения, что может потребовать дополнительного вмешательства (лечения).

3.3. Я уполномочиваю врачей выполнить любую процедуру или дополнительное вмешательство, которое может потребоваться в целях лечения, а также в связи с возникновением непредвиденных ситуаций.

3.4. Я предупрежден (а) о фактах риска при оказании мне платной услуги.

3.5. Я поставил (а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических реакциях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною и известных мне заболеваниях, травмах, операциях, в том числе носительстве ВИЧ инфекции, вирусных гепатитах,

туберкулезе, инфекциях, передаваемых половым путем, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня во время жизнедеятельности, принимаемых лекарственных средствах, проводившихся ранее переливаниях крови и ее компонентов. Сообщил (а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

3.6. Я согласен (а), что при несоблюдении назначений и рекомендаций, врач не несет ответственности за результаты моего обследования (лечения).

Потребитель

Врач

_____ Ф.И.О. _____ Ф.И.О. _____

_____/подпись/

_____/подпись/

« _____ » 20__ г. « _____ » 20__ г.