

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство  
в ОГБУЗ «Тамбовской инфекционной клинической больнице»  
и обработку персональных данных

Я, \_\_\_\_\_  
ф.и.о. гражданина

дата рождения \_\_\_\_\_

Адрес регистрации: Р-Н.

Адрес местожительства гражданина либо законного представителя: \_\_\_\_\_

Паспорт № \_\_\_\_\_

(дата и наименование выдавшего органа)

Действующий на основании \_\_\_\_\_  
(реквизиты документа, подтверждающего полномочия представителя)

В соответствии с требованиями статьи 9 ФЗ от 27.07.2006г. №152-ФЗ «О персональных данных» и статьи 13 ФЗ от 21.11.2011г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации, подтверждаю свое согласие на обработку моих персональных данных и виды медицинских вмешательств для получения медицинского заключения.

\_\_\_\_\_ ф.и.о. подопечного, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

В областном государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Тамбовская инфекционная клиническая больница» врачами фтизиатром, дерматовенерологом, инфекционистом в доступной для меня форме мне разъяснены цели медицинского обследования, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты обследования.

Разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в перечень, или потребовать их прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 ст.20 ФЗ от 21.11.2011г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»

Предоставляю Исполнителю право осуществлять все действия (операции) с моими (представляемого) персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, обезличивание, блокирование, уничтожение. Исполнитель вправе обрабатывать (представляемого) персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включать в списки (реестры) и отчетные формы.

Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет 25 лет.

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

Настоящее согласие действует бессрочно.

\_\_\_\_\_ подпись

\_\_\_\_\_ ф.и.о. гражданина или законного представителя гражданина

\_\_\_\_\_ подпись

\_\_\_\_\_ ф.и.о. врача

07.09.2023г.

дата оформления