**Соглашение об обороте конфиденциальной информации пациента**

**при оказании ему медицинских услуг в ООО «МаксиМед»**

(Юридический адрес: 249000 Калужская область, Боровский р-н, г. Балабаново, пл. 50 лет Октября, д. 5. ИНН/КПП 4003031910 / 400301001).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. Согласен ли пациент сам получать информацию о своем состоянии здоровья, результатах медицинских вмешательств, прогнозе для здоровья и жизни? | | ***СОГЛАСЕН*** |
| 2. Согласен ли пациент получать информацию о своем состоянии в случае неблагоприятного прогноза для здоровья и жизни в полном объеме, частично или категорически отказывается получать такую информацию? | | ***СОГЛАСЕН*** |
| 3. Доверенное лицо\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (любой совершеннолетний дееспособный гражданин), которому должна быть передана информация состоянии здоровья пациента и результатах оказания медицинской помощи. Доверенное лицо может решать вопрос о целесообразности или возможности выполнения того или иного медицинского вмешательства. В случае если пациент не в состоянии дать согласие на медицинское вмешательство, такое доверенное лицо может выступать представителем его (пациента) интересов и подписывать согласие на предлагаемое медицинское вмешательство, изменение плана медицинского вмешательства или замену медицинского вмешательства, согласие на которое пациент уже дал перед тем, как утратил способность воспринимать и осознавать информацию. | | |
| 4. Согласен ли пациент предоставлять информацию консультантам (внешним и внутренним), которых планируется приглашать для уточнения диагноза заболевания или коррекции проводимого лечения? | | ***СОГЛАСЕН*** |
| 5. Согласен ли пациент передавать конфиденциальную информацию о себе, своем состоянии, результатах медицинских вмешательств и т.п. Следующим категориям граждан, не принимающих непосредственное участие в оказании медицинской помощи (родственники, коллеги, руководителям организации или учреждения, в котором работает пациент, представители кредитных организаций, соседи)? | | ***СОГЛАСЕН*** |
| 6. Какую информацию о себе пациент разрешает вносить в листок временной нетрудоспособности, выписки и другие медицинские документы? | Персональные данные общей категории | ***СОГЛАСЕН*** |
| Персональные данные специальных категорий  (в т. ч. состояние здоровья) | ***СОГЛАСЕН*** |
| Биометрические персональные данные | ***СОГЛАСЕН*** |
| 7. Согласен ли пациент на передачу информации о нем в справочную службу медицинской организации или централизованную справочную службу населенного пункта (региона)? | | ***СОГЛАСЕН*** |
| 8. Какую информацию о себе пациент разрешает передать в справочную службу медицинской организации или централизованную справочную службу населенного пункта (региона)? | Персональные данные общей категории | ***СОГЛАСЕН*** |
| Персональные данные специальных категорий  (в т.ч. состояние здоровья) | ***СОГЛАСЕН*** |
| Биометрические персональные данные | ***СОГЛАСЕН*** |
| 9. Согласен ли пациент использовать его персональных данных в научных исследованиях, связанных исключительно с анализом данных, имеющихся в его медицинской карте. | | ***СОГЛАСЕН*** |
| 10 Согласен ли пациент на использование его персональных данных в обезличенном виде в статистических научных исследованиях, публикациях. | | ***СОГЛАСЕН*** |
| 11. Согласен ли пациент на использование его персональных данных в учебно-педагогическом процессе? | в виде, в котором его личность может быть персонифицирована | ***СОГЛАСЕН*** |
| в обезличенном виде | ***СОГЛАСЕН*** |
| 12. Согласие пациента на использование его изображения для уточнения диагноза, коррекции и контроля лечебного процесса, показа в научных или учебных презентациях, контроля безопасности в виде фотографий, кино- и видеоматериалов, и иных иллюстраций.?  В каком виде будут использованы персональные данные пациента? | Отдельных частей тела | ***СОГЛАСЕН*** |
| Общего плана | ***СОГЛАСЕН*** |
| в виде, в котором личность пациента может быть персонифицирована | ***СОГЛАСЕН*** |
| в обезличенном виде | ***СОГЛАСЕН*** |

При изменении волеизъявления пациента, при повторном обращении за медицинской помощью в амбулаторно-поликлиническое учреждение пациент обязуется информировать медицинского работника об изменениях (если таковые имеются) касаемо соглашения об обороте конфиденциальной информации и заключить новое соглашение об обороте конфиденциальной информации. Пациент обязан подтвердить и тот факт, что изменения в соглашение не вносятся, с обязательным указанием даты внесения изменений или подтверждения неизменности документа.

Сведения, относящиеся к конфиденциальной информации пациента, могут быть получены лечащим врачом или иным медицинским работником из следующих источников: 1) от самого пациента; 2) собраны в процессе выполнения диагностических, лечебных, реабилитационных, профилактических медицинских вмешательств; 3) от третьих лиц (родственников, доверенных лиц, сослуживцев, соседей, из сторонних медицинских организаций, страховых организаций и т.п.).

**Настоящее согласие дано мной «\_\_\_\_» \_\_\_20\_\_\_\_ г. и действует до момента внесения изменений или составления нового соглашения в письменном виде.**

**Субъекта персональных данных (пациент): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(Подпись, ФИО)

**Расписался в моем присутствии: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(Должность, подпись, ФИО)