

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, Иванов Иван Иванович, 01.01.1991 _____,

(Ф. И. О., дата рождения)

адрес регистрации, адрес проживания (также указывается при проживании не по месту регистрации):

г. Санкт-Петербург, ул. Новая д.1

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390Н (далее – виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи: оказание медицинской услуги по взятию мазка в целях лабораторного исследования биологического материала. Медицинская услуга по лабораторному исследованию биологического материала оказывается ФБУЗ ФЦГиЭ Роспотребнадзора. Медицинская услуга по отбору биоматериала для целей лабораторного исследования (взятие мазка) оказывается организациями по территориальному признаку:

заполняется организацией, осуществляющей отбор биологического материала

Медицинским работником _____

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника) в доступной для меня форме мне 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. Мне разъяснено, что я имею 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. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья:

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

(подпись)

(Ф. И. О. медицинского работника)

Дата оформления 30 марта 2026 года

✓ Иванов
(подпись)Иванов И.И.
(Ф. И. О.)

ИД участника 123456

Согласие на обработку персональных данных

Иванов Иван Иванович, паспорт 1111 222222, выдан ГУ МВД России, 01.01.2011

Я, _____,
Ф. И. О., документ (паспорт) серия, номер, кем выдан, дата выдачи
зарегистрированный (-ая) по адресу:

г. Санкт-Петербург, ул. Новая, д.1

В соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» для целей оказания мне медицинских услуг и передачи их результатов Фонду «Росконгресс» (ИНН 7706412930), адрес местонахождения: 123610, г. Москва, набережная Краснопресненская, д. 12, подъезд 7, помещение 1101; ООО «РК Авангард» (ИНН 7801714480), адрес местонахождения: 199106, г. Санкт-Петербург, пр. Средний В.О. д. 88 литера А, помещение 39Н, ком. 3 для организации моего допуска к участию в мероприятии подтверждаю свое согласие на обработку ФБУЗ ФЦГиЭ Роспотребнадзора (ИНН 7726008570, адрес местонахождения: 117105, Москва, Варшавское шоссе, дом 19А) (далее по тексту – Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, год, месяц, дату рождения, пол, место жительства, в том числе сведения о регистрации по месту жительства, месту проживания, номер телефона, реквизиты документа, удостоверяющего личность (серия, номер, дата выдачи, наименование и код подразделения органа, выдавшего документ), сведения о результате оказанной медицинской услуге, данные о состоянии здоровья, в том числе содержащие врачебную тайну, ID участника мероприятия.

Предоставляю Оператору право осуществлять при обработке моих 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 (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

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

В рамках указанных целей я даю согласие на передачу следующих моих персональных данных: сведения о результате оказанной медицинской услуги, содержащие врачебную тайну, ID участника мероприятия Фонду «Росконгресс», «РК Авангард». Любая иная обработка и передача моих персональных данных иным лицам может осуществляться только с моего отдельного письменного согласия.

Я оставляю за собой право отозвать свое 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 действует до момента обработки результатов оказания медицинских услуг и их передачи Фонду «Росконгресс», «РК Авангард». Срок хранения моих персональных данных в медицинской документации Оператора соответствует требованиям законодательства РФ.

Дата заполнения 30 марта 2026 года

✓ Иванов
(подпись)

Иванов И. И.
(Ф. И. О.)