**Информированное добровольное согласие на медицинские вмешательства при оказании паллиативной медицинской помощи в амбулаторных условиях и согласие пациента**

**на обработку персональных данных БМЧУ «Хоспис на дому»**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

ФИО пациента полностью

дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, проживающий (-ая) по адресу (место регистрации): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

паспорт серия и номер\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

наименование выдавшего органа

**ДЛЯ НЕДЕЕСПОСОБНЫХ ГРАЖДАН,** которые не могут выразить свою волю

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(ФИО гражданина)

дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, проживающий (-ая) по адресу (место регистрации): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

паспорт серия и номер\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,**

(наименование выдавшего органа)

являясь законным представителем пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ФИО пациента, чьи интересы я представляю

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

проживающего(-ей) по адресу (место регистрации): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

на основании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(реквизиты документа, подтверждающего право представлять интересы)

1. Даю информированное добровольное согласие на проведение мне/ гражданину, чьи интересы я представляю, нижеуказанных медицинских вмешательств при оказании паллиативной помощи в амбулаторных условиях отделением выездной паллиативной медицинской помощи взрослым БМЧУ «Хоспис на дому»:

|  |  |
| --- | --- |
| * Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза. * Осмотр, в том числе пальпация (ощупывание), перкуссия (простукивание), аускультация (выслушивание), риноскопия (исследование полости носа), ректальное исследование. Термометрия (измерение температуры тела человека). * Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, подкожно, внутривенно, в том числе при наличии медицинских показаний (болевой синдром, одышка, судороги, эписиндром и другие тягостные симптомы) – наркотических и/или психотропных лекарственных препаратов. | * Неинвазивные (т.е. не связанные с проникновением через естественные внешние барьеры организма (кожа, слизистые оболочки) исследования органа зрения и зрительных функций, органа слуха и слуховых функций, функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы). * Установка/замена уретрального катетера, назогастрального зонда. * Проведение гигиенической обработки кожных покровов. * Проведение перевязок, обработки ран, пролежней, трофических язв, стом. |

Медицинским работником БМЧУ «Хоспис на дому»

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснено:

1) в связи с наличием у меня/ Пациента неизлечимого прогрессирующего заболевания (заболеваний) в стадии, когда исчерпаны возможности радикального лечения, мне/ Пациенту показано оказание паллиативной медицинской помощи;

2) целями медицинских вмешательств, осуществляемых при оказании паллиативной медицинской помощи являются избавление от боли и облегчение других тяжких проявлений заболевания, в целях улучшения качества жизни неизлечимо больных граждан;

3) при оказании паллиативной медицинской помощи не проводится этиопатогенетическое лечение заболевания;

4) методы осуществления медицинских вмешательств, связанные с ними риски, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов указанных медицинских вмешательств или потребовать его (их) прекращения.

Я информирован (-на) о целях, характере и возможных побочных эффектах указанных выше процедур, а также о том, что мне предстоит делать во время их проведения.

Я извещен (-на) о том, что мне необходимо немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия.

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 осостоянии моего здоровья / о состоянии лица, законным представителем которого я являюсь:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ф.И.О. гражданина, контактный телефон

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ф.И.О. гражданина, контактный телефон

Я имел (а) возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получил(а) исчерпывающие ответы.

[[1]](#footnote-2) Подпись пациента/законного представителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

подпись ФИО

Подпись медицинского работника

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

подпись ФИО

2.В соответствии с требованиями ст. 9 Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» подтверждаю свое согласие на обработку БМЧУ «Хоспис на дому» (далее – Оператор) персональных данных, включающих:

2.1. Для Пациента:

|  |  |
| --- | --- |
| * фамилию, имя, отчество (последнее - при наличии); * пол; * дату рождения; * место рождения; * гражданство; * данные документа, удостоверяющего личность; * место жительства; * место регистрации; * дату регистрации; * страховой номер индивидуального лицевого счета (при наличии), принятый в соответствии с [законодательством](about:blank) Российской Федерации об индивидуальном (персонифицированном) учете в системе обязательного пенсионного страхования; * номер полиса обязательного медицинского страхования застрахованного лица (при наличии);   2.2. Для представителя Пациента:   * фамилию, имя, отчество (последнее - при наличии); * пол; * дату рождения; * место рождения; | * анамнез; * диагноз; * результаты исследований, в том числе сведения, зафиксированные при помощи фото- и видео-съемки; * сведения об организации, осуществляющей медицинскую деятельность; * вид оказанной медицинской помощи; * условия оказания медицинской помощи; * сроки оказания медицинской помощи; * объем оказанной медицинской помощи, включая факт обращения за медицинской помощью и сведения об оказанных медицинских услугах; * результат обращения за медицинской помощью; * серия и номер выданного листка нетрудоспособности (при наличии); * сведения об оказанных медицинских услугах; * примененные стандарты медицинской помощи, клинические рекомендации; * фото- и видео- изображение; * сведения о медицинском работнике или медицинских работниках, оказавших медицинскую услугу. * гражданство; * данные документа, удостоверяющего личность; * место жительства; * место регистрации. |

**Цель обработки персональных данных:**

* оказание медицинской паллиативной помощи при условии соблюдения конфиденциальности данных;

В процессе оказания мне / Пациенту услуг по паллиативной медицинской помощи предоставляю право медицинскому персоналу, передавать мои персональные данные / персональные данные Пациента, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора в интересах моего лечения / лечения Пациента. Предоставляю право медицинскому персоналу и должностным лицам Оператора передавать мои персональные данные / персональные данные Пациента:

* волонтерам, оказывающим помощь Оператору на основании договора о сотрудничестве от 21 декабря 2017 года № б/н;
* представителям Благотворительного фонда помощи хосписам «Вера» в случае необходимости организации оказания благотворительной помощи пациенту и/или его семье;
* должностным лицам органов исполнительной власти в сфере социального обслуживания в целях организации социального обслуживания в соответствии с требованиями Федерального закона от 28 декабря 2013 г. № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в РФ».

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными / персональными данными Пациента, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные / персональные данные Пациента посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов).

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств на обмен (прием и передачу) моими персональными данными / персональными данными Пациента с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляется в соответствии с требованиями законодательства. Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет. Передача моих персональных данных / персональных данных Пациента иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Я согласен/не согласен (подчеркнуть нужное) на размещение медицинской информации, составляющей врачебную тайну, в единой государственной информационной системе здравоохранения.

Я согласен/не согласен (подчеркнуть нужное) на проведение аудиофиксации визитов с использованием технических средств.

**Настоящее согласие дано «\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_ г. и действует бессрочно.**

Я оставляю за собой право отозвать данное согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора. В случае получения письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения всех действий по оформлению соответствующей медицинской документации, связанной с оказанием мне / Пациенту паллиативной медицинской помощи до момента получения указанного отзыва.

[[2]](#footnote-3)Подпись пациента/законного представителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

подпись ФИО

Подпись медицинского работника \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

подпись ФИО

-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

1. **Для пациентов, использующих альтернативные способы коммуникации.**

Пациент по своему состоянию не может выразить свою волю *письменно*, выразил свое согласие:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Медицинский работник \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(должность, ФИО, подпись)

Согласие дано в присутствии \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(должность/статус, ФИО, подпись)

Согласие дано в присутствии \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(должность/статус, ФИО, подпись)

1. Заполняется в случае, если состояние пациента позволяет ему подписать документ. В ином случае заполняется раздел 3 настоящего документа. [↑](#footnote-ref-2)
2. Заполняется в случае, если состояние пациента позволяет ему подписать документ. В ином случае заполняется раздел 3 настоящего документа. [↑](#footnote-ref-3)