**ООО Медицинский центр «ИРИС»**

454008, г.Челябинск, Комсомольский проспект 11. Тел. 8(351)-282-12-47, 89080851247

ИНН [7448076051](tel:7448076051), КПП[744801001](tel:744801001),ОГРН 1067448012191, е-mail: irismed74@mail.ru

Приложение № 3

Договору № \_\_\_\_\_от \_\_\_\_\_\_\_\_г.

УВЕДОМЛЕНИЕ

Настоящим, Общество с ограниченной ответственностью Медицинский центр «Ирис» (далее ООО МЦ «Ирис»), до заключения договора на оказание медицинских услуг, уведомляет Пациента (законного представителя) о том, что:

- несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинских работников ООО МЦ «Ирис», в том числе назначенного режима лечения, рекомендаций по профилактике осложнений и обострений заболевания, несоблюдение назначенного режима лечения;

- непредставление или неполное предоставление информации об имеющихся у Пациента (его ребенка, подопечного) аллергических реакций, перенесенных заболеваниях и возникших вследствие этого осложнениях, а также иных сведений, которые, могут оказывать влияние на результаты диагностики и лечения - могут снизить качество предоставляемых ООО МЦ «Ирис» платных медицинских (и иных) услуг, повлечь за собой невозможность завершения их в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

**С уведомлением ознакомлен(а) и подтверждаю, что:**

Я проинформирован(а) о том, что платные медицинские услуги, оказываемые мне ООО МЦ «Ирис», я могу получить без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в соответствии с маршрутизацией.

Мне также разъяснено, что я могу получить в ООО МЦ «Ирис» как один из видов платных медицинских услуг, так и несколько видов медицинских (и иных) услуг. Я ознакомлен(а) с Прейскурантом ООО МЦ «Ирис», осознаю стоимость запрашиваемых мною медицинских услуг и прошу ООО МЦ «Ирис» заключить со мной договор на оказание платных медицинских услуг. Оплату медицинских услуг гарантирую.

Настоящим я (выбрать нужный вариант):

 выражаю свое согласие на направление результатов лабораторных исследований, проведенных в ООО МЦ «Ирис» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ на адрес электронной почты : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Ф.И.О.)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ О связанных с использованием электронной почты рисках разглашения персональных данных и информации, составляющей врачебную тайну и тайну частной жизни, в том числе о возможности доступа третьих лиц к предоставляемой информации в процессе и/или в результате направления результатов лабораторных исследований посредством электронной почты, я предупрежден(а). ООО МЦ «Ирис» не несет ответственности за разглашение персональных данных и конфиденциальной информации в результате направления результатов лабораторных исследований посредством электронной почты по указанному мною адресу;

 не согласен на направление результатов лабораторных исследований по электронной почте, намерен получить результаты лично по месту оказания медицинских услуг. ФИО Пациента (законного представителя):

Паспорт:

Адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись пациента (законного представителя)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ООО Медицинский центр «ИРИС»**

454008, г.Челябинск, Комсомольский проспект 11. Тел. 8(351)-282-12-47, 89080851247

ИНН [7448076051](tel:7448076051), КПП[744801001](tel:744801001),ОГРН 1067448012191, е-mail: irismed74@mail.ru

Приложение № 4

Договору № \_\_\_\_\_от \_\_\_\_\_\_\_\_г.

**СОГЛАСИЕ**

**на обработку персональных данных пациента**

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

(Фамилия Имя Отчество субъекта персональных данных полностью) основной документ, удостоверяющий личность Паспорт: (вид, номер, сведения о дате выдачи указанного документа и выдавшем его органе) Проживающий по адресу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (адрес гражданина, одного из родителей, иного законного представителя) настоящим подтверждаю, что своей волей и в своих интересах даю конкретное, информированное и сознательное согласие ООО МЦ «Ирис», расположенному по адресу: 454008, г. Челябинск, Комсомольский проспект 11, нежилое помещение 1, на обработку персональных данных, указанных в п. 3 настоящего согласия, на следующих условиях:

1. Согласие дается мною в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг, в медико-профилактических целях.

2. Настоящее согласие дается на осуществление следующих действий в отношении моих персональных данных, которые необходимы для достижения указанных выше целей, совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств, включая, без ограничения: сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), в том числе по средством электронной связи, блокирование, удаление, уничтожение моих персональных данных, а также любых иных действий с учетом действующего законодательства РФ.

3. Перечень персональных данных: фамилия, имя, отчество; пол; дата рождения; возраст; адрес места жительства; адрес регистрации; документ удостоверяющий личность (вид, серия, номер, дата выдачи, наименование органа, код органа выдавшего документ); гражданство; место рождения; степень родства; страховой полис (серия, номер, название страховой компании); телефон; адрес электронной почты; СНИЛС; место работы, учебы; должность (профессия); семейное положение; социальный статус; образование; сведения об инвалидности (дата установления, группа); диагноз, шифр заболевания по МКБ; сведения о состоянии здоровья; сведения о медицинских процедурах и лекарственных назначениях; результаты лабораторных исследований; результаты осмотра специалистов.

4. Оператор имеет право передавать мои персональные данные на обработку в соответствии с законодательством Российской Федерации.

5. Субъект персональных данных по письменному запросу имеет право на получение информации, касающейся обработки его персональных данных (в соответствии с п.7 ст. 14 ФЗ №152 «О персональных данных» от 27.07.2006г.).

6. Настоящее согласие дается до момента достижения цели обработки персональных данных, утраты правовых оснований обработки персональных данных, после чего персональные данные передаются в архив или уничтожаются.

7. Согласие может быть отозвано путем направления соответствующего письменного уведомления по адресу Оператора на почту заказным письмом, с уведомлением о вручении, либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

8. Настоящее согласие действует до прекращения деятельности ООО МЦ «Ирис». Настоящее согласие может быть отозвано в порядке, установленном Федеральным законом от 27 июля 2006г. 152-ФЗ «О персональных данных». В случае отзыва настоящего согласия, ООО МЦ «Ирис» вправе не прекращать обработку персональных данных субъекта до истечения сроков, установленных законодательством Российской Федерации.

(дата) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись) (И.О. Фамилия)

**ООО Медицинский центр «ИРИС»**

454008, г.Челябинск, Комсомольский проспект 11. Тел. 8(351)-282-12-47, 89080851247

ИНН [7448076051](tel:7448076051), КПП[744801001](tel:744801001),ОГРН 1067448012191, е-mail: irismed74@mail.ru

Приложение № 5

Договору № \_\_\_\_\_от \_\_\_\_\_\_\_\_г.

**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, либо законного представителя) г. рождения, зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (адрес регистрации гражданина либо законного представителя) проживающий по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (указывается в случае проживания не по месту регистрации) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем) Проживающего по адресу : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (адрес ребенка, лица, от имени которого выступает законный представитель) 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, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи / получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в обществе с ограниченной ответственностью Медицинский центр «Ирис» (ИНН 748076051)

**Медицинским работником**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (должность, ФИО медицинского работника) в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, 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 Российской Федерации», а также последствиях отказа от медицинского вмешательства.

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись) (должность, фамилия, имя, отчество ( медицинского работника).

\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_\_г.

Дата оформления информированного добровольного согласия