ООО «Московская академическая клиника ЭКО»
Лицензия: Л041-01137-77/00332279 от 19.06.2019
Адрес: 129110, г. Москва, ул. Переяславская Б., д. 46с 2, эт. 1
Телефон: +7 (499) 455-85-85,
Сайт: mac-ivf.ru



Moscow academic clinic IVF
License: Л041-01137-77/00332279 dd. 19.06.2019,
Address: 129110, Russia, Moscow, Pereyaslavskaya B., 46/2,
Phone: +7(499) 455-85-85,
website: mac-ivf.ru

С О Г Л А С И Е
н а о б р а б о т к у п е р с о н а л ь н ы х д а н н ы х

Я, Тест Тест Тест, проживающий по адресу: 115172, Москва, наб. Котельническая, д. 33, к. 2, стр. 2, кв. 184, Паспорт серия: 99 99 № 888888, выдан:уфмс россии по г москве по району мещанский , дата выдачи 01.01.2018, к/п 770-007, в соответствии с требованиями ст. 9 ФЗ от 27.07.2006 г. «О персональных данных» №152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку, в том числе в автоматизированном режиме, в **ООО «Московская академическая клиника ЭКО»** (далее – «Оператор») моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, адрес регистрации, контактный телефон, мобильный телефон, адрес электронной почты, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), паспортные данные, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам и сотрудникам Оператора, в интересах моего обследования и лечения.

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

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе ОМС (по договору ДМС) на обмен (прием и передачу) моими персональными данными 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 лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну. Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет.

Разрешаю предоставить информацию о моем диагнозе, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью степени тяжести и характере заболевания моим родственникам/законным представителям, гражданам (ФИО):

_____

_____.

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

Заявляю о согласии на получение рекламных и(или) информационных сообщений клиники ООО «Московская академическая клиника ЭКО» по сетям электросвязи, в том числе посредством использования телефонной, факсимильной, подвижной радиотелефонной связи, в том числе посредством смс и email-рассылки.
Я предоставляю право медицинским работникам и операторам осуществлять, на указанные мной мобильный телефонный номер и адрес электронной почты, информирование о произведенной записи на прием к врачу, об отмене / перенесении планируемого приема в связи с изменением расписания работы специалистов, о необходимости / возможности пройти вакцинацию или диспансеризацию, о готовности результатов медицинских анализов и обследований.

моб. телефон: +7(915)409-33-39

e-mail: kkk@gmail.com

Настоящее согласие дано мной «____» _____ 20__ г. и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

ФИО: Тест Тест Тест

Подпись _____

ООО «Московская академическая клиника ЭКО»
Лицензия: Л041-01137-77/00332279 от 19.06.2019
Адрес: 129110, г. Москва, ул. Переяславская Б., д. 46с 2, эт. 1
Телефон: +7 (499) 455-85-85,
Сайт: mac-ivf.ru



Moscow academic clinic IVF
License: Л041-01137-77/00332279 dd. 19.06.2019,
Address: 129110, Russia, Moscow, Pereyaslavskaya B., 46/2,
Phone: +7(499) 455-85-85,
website: mac-ivf.ru

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ на лабораторные методы обследования и получение результатов

Я, Тест Тест Тест, 01.01.2000 г. рождения, зарегистрированный по адресу: 115172, Москва, наб. Котельническая, д. 33, к. 2, стр. 2, кв. 184, даю информированное добровольное согласие на:
- осуществление следующих видов медицинских вмешательств: лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические, молекулярно-биологические, а также взятие капиллярной и венозной крови для их проведения. Мне в доступной и понятной форме разъяснены правила подготовки к лабораторным исследованиям и возможные погрешности в результатах при их несоблюдении, вероятные риски манипуляций (боль или дискомфорт при введении иглы, гематома в области пункции вены, обморок и пр).
- обработку и использование моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, электронный адрес, реквизиты полиса ОМС (ДМС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну;
- получение (рассылку) результатов лабораторных исследований на мой электронный адрес:
kkk@gmail.com

При этом, мне разъяснено, что при передаче результатов лабораторных исследований по открытым каналам связи (электронная почта) Клиника не несет ответственности в случае возможного нарушения конфиденциальности передаваемой информации.
Медицинским работником _____
(должность, Ф.И.О. 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.
Я подтверждаю, что давая такое Согласие, я действую по своей волей и в своих интересах.

Телефон: +7(915)409-33-39

ФИО Тест Тест Тест

Подпись _____

Врач _____

Подпись_____

«_____»_____20____г.

ООО «Московская академическая клиника ЭКО»
Лицензия: Л041-01137-77/00332279 от 19.06.2019
Адрес: 129110, г. Москва, ул. Переяславская Б., д. 46с 2, эт. 1
Телефон: +7 (499) 455-85-85,
Сайт: mac-ivf.ru

Moscow academic clinic IVF
License: Л041-01137-77/00332279 dd. 19.06.2019,
Address: 129110, Russia, Moscow, Pereyaslavskaya B., 46/2,
Phone: +7(499) 455-85-85,
website: mac-ivf.ru

Приложение № 2
к приказу Министерства
здравоохранения Российской Федерации
от 12 ноября 2021 г. № 1051н

Информированное добровольное согласие
на медицинское вмешательство

Я, Тест Тест Тест, 01.01.2000 г. рождения,
зарегестрированный (ая) по адресу: 115172, Москва, наб. Котельническая, д. 33, к. 2, стр. 2, кв. 184,

проживающий по адресу: _____
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)

«_____» _____ _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

_____
(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

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[1] (далее — виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем ко-

торого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в **Обществе с ограниченной ответственностью**
(полное наименование медицинской организации)

«Московская академическая клиника ЭКО»
Медицинским работником _____
_____
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) 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 в Российской Федерации».

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 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 или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

_____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

_____
_____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

_____ Тест Тест Тест , +7(915)409-33-39
(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

_____ _____
(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

Дата оформления: 13 ноября 2024 г.

[1] Зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г., регистрационный № 24082.

Приложение
к приказу Министерства здравоохранения
и социального развития РФ
от 23 апреля 2012 г. N 390н

Перечень
определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.

2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование.

3. Антропометрические исследования.

4. Термометрия.

5. Тонометрия.

6. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций.

7. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций.

8. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).

9. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические.

10. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлуометрия, рэоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных).

11. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, допплерографические исследования.

12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно.

13. Медицинский массаж.

14. Лечебная физкультура.

ООО «Московская академическая клиника ЭКО»
Лицензия: Л041-01137-77/00332279 от 19.06.2019
Адрес: 129110, г. Москва, ул. Переяславская Б., д. 46с 2, эт. 1
Телефон: +7 (499) 455-85-85,
Сайт: mac-ivf.ru



Moscow academic clinic IVF
License: Л041-01137-77/00332279 dd. 19.06.2019,
Address: 129110, Russia, Moscow, Pereyaslavskaya B., 46/2,
Phone: +7(499) 455-85-85,
website: mac-ivf.ru

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ЛЕЧЕБНУЮ (ДИАГНОСТИЧЕСКУЮ) МАНИПУЛЯЦИЮ (ПРОЦЕДУРУ)

Я, Тест Тест Тест, 01.01.2000 г.рождения, зарегистрированный по адресу: 115172, Москва, наб. Котельническая, д. 33, к. 2, стр. 2, кв. 184, даю информированное добровольное согласие на следующие виды медицинских вмешательств, включенных в перечни определенных видов медицинских вмешательств, утвержденных приказом Минздравсоцразвития России от 23 апреля 2012 г. № 390 н (далее - Перечни), Федеральным законом от 30 марта 1995 г. №38-ФЗ (в редакции от 02.07.2013г.), распоряжением Департамента здравоохранения г.Москвы от 14 апреля 2006 г. N260-р,

_____
(наименование медицинского вмешательства)

Медицинским работником

_____
(должность, Ф.И.О. 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 Перечни, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"; (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст.6724; 2012, № 26, ст.3442, 3446).
Мне разъяснены и понятны суть моего заболевания и опасности, связанные с дальнейшим развитием этого заболевания. Я понимаю необходимость проведения указанной манипуляции (процедуры). Мне полностью ясно, что во время указанной манипуляции (процедуры) или после нее могут развиться осложнения, что может потребовать дополнительных вмешательств (лечения).
Я уполномочиваю врачей выполнить любую процедуру или дополнительное вмешательство, которое может потребоваться в целях лечения, а также в связи с возникновением непредвиденных ситуаций.
Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 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).

ФИО Тест Тест Тест

Подпись _____

Врач _____

Подпись_____

«___»_____20____г.

ООО «Московская академическая клиника ЭКО»
Лицензия: Л041-01137-77/00332279 от 19.06.2019
Адрес: 129110, г. Москва, ул. Переяславская Б., д. 46с 2, эт. 1
Телефон: +7 (499) 455-85-85,
Сайт: mac-ivf.ru



Moscow academic clinic IVF
License: Л041-01137-77/00332279 dd. 19.06.2019,
Address: 129110, Russia, Moscow, Pereyaslavskaya B., 46/2,
Phone: +7(499) 455-85-85,
website: mac-ivf.ru

Главному врачу
ООО «МАК ЭКО»
Ли А.Д.
Пациента Тест Тест Тест

Заявление

Прошу вести мою медицинскую документацию в бумажном виде.

13 ноября 2024 г. _____ / Тест Тест Тест /
дата