

Направление на лабораторное исследование на коронавирус2019 n-CoV

от «___» _____ 2021 года

Контактные данные учреждения, направляющего материал			
Название	ООО Авиценна		
Адрес	Тюмень , ул.Монтажников 11, стр. 1		
Цель исследования (нужное подчеркнуть)	Больной дата заболевания «___»_____20___г. Контактный Прибывший из _____ (указать место и дату прибытия) «___»_____20___г. <u>Прочее</u> (дообследование лиц, не имеющих признаков инфекционных заболеваний и не находящиеся в прямом контакте с больным новой коронавирусной инфекцией)		
Сведения об обследуемом			
ФИО, контактный телефон			
Пол	мужской	женский	
Дата рождения			
Место проживания			
Поликлиника прикрепления по месту жительства			
Диагноз	Здоров		
Вид биологического материала	<u>Мазок из носоглотки</u>		другое
	<u>Мазок из зева</u>		кровь
Обследование	<u>первичное</u>		повторное
Дата взятия материала, на какой день (болезни, контакта, медицинского наблюдения) забран материал (нужное подчеркнуть)			
ФИО, должность отобравшего материал			
Контактный телефон	8(3452)59-39-57		
Дата и время получения материала в лабораторном подразделении			
ФИО, должность доставившего материал			

СОГЛАСИЕ субъекта персональных данных, обратившегося в медицинскую организацию, на обработку его персональных данных

Я _____

, паспорт _____

, проживающий по адресу _____

в соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», подтверждаю свое согласие на обработку **ООО "Авиценна" по адресу: 625046, Тюменская обл, г Тюмень, ул Монтажников, д 11 стр 1** (далее — Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, год, месяц, дату и место рождения, пол, гражданство, место жительства, в том числе сведения о регистрации по месту жительства, месту проживания, место работы, социальное положение (статус), реквизиты документа, удостоверяющего личность (серия, номер, дата выдачи, наименование и код подразделения органа выдавшего документ), реквизиты полисов медицинского страхования, страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), сведения об оказанной медицинской помощи, сведения о мерах социальной поддержки, данные о состоянии здоровья, в том числе, содержащие врачебную тайну в целях:

- установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг, в медико-профилактических целях при условии, что обработка персональных данных осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну; – защиты моих прав на получение качественной медицинской помощи;
- осуществления контроля качества оказанных мне медицинских услуг, проведения медико-профилактических мероприятий;
- оплаты оказанных по программе добровольного медицинского страхования медицинских услуг;
- ведения учета оказанной медицинской помощи;
- формирования медицинских статистических данных в формах медико-статистического наблюдения; – обеспечения соблюдения законов Российской Федерации и иных нормативных правовых актов Российской Федерации.

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 (распространение, 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), а также учетные и отчетные формы в электронном и бумажном исполнении. Оператор вправе осуществлять обработку моих персональных данных централизованно в Единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения, отраслевой информационной системе здравоохранения Тюменской области.

Оператор имеет право получать и передавать мои персональные данные, в том числе содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, с использованием средств автоматизации и без использования таких средств, на материальных носителях, в том числе в бумажном виде в следующие государственные органы, организации (учреждения):

- федеральному и территориальному фондам обязательного медицинского страхования;
- пенсионному фонду Российской Федерации, включая его территориальные органы;
- страховым медицинским организациям, осуществляющим мое страхование;
- организациям (учреждениям), осуществляющим на законном основании обработку медико-статистической информации;
- органам управления здравоохранением Российской Федерации, органам управления здравоохранением Тюменской области (без автономных округов) и органам управления здравоохранения Российской Федерации муниципальных образований (без автономных округов);
- иным медицинским организациям Российской Федерации (регионального и федерального уровней) на законном основании осуществляющих свою медицинскую деятельность, для установления мне медицинского диагноза, определения тактики лечения, оказания медицинских и медико-социальных услуг, в медико-профилактических целях при условии, что обработка персональных данных осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну.

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

Подпись субъекта персональных данных _____

Для контроля качества оказываемых мне медицинских услуг, я подтверждаю своё согласие, на сбор речевой информации при оказании мне медицинских услуг в данной медицинской организации. Настоящим я подтверждаю, что данные речевой информации могут быть предоставлены Департаменту здравоохранения Тюменской области с целью контроля соблюдения этики и качества оказанных мне медицинских услуг.

В случае несогласия на сбор речевой информации пациенту необходимо собственноручно вписать отказ и утвердить его личной подписью. Незаполненная графа "Подпись субъекта персональных данных" толкуется, как согласие пациента на сбор речевой информации.

Подпись субъекта персональных данных _____

Даю свое согласие на информирование посредством звонка или смс – уведомления о поступлении новых товаров и услуг, оповещения о проводимых акциях, мероприятиях, скидках, их результатах, для осуществления заочных опросов с целью изучения мнения о предоставляемых услугах и повышению качества обслуживания.

Подпись субъекта персональных данных _____

Настоящее согласие дано мной _____ 2020 г. и действует бессрочно, в случае если согласие не отозвано в письменной форме. Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного заявления, 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 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 и предоставления соответствующей медико-статистической информации.

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

Я, _____ 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 (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее – Перечень), **на забор и лабораторное исследование на коронавирус2019 n-CoV**, для получения первичной медико-санитарной помощи в ООО "Авиценна". Медицинским работником Бузаевой Риммой Искандаровной 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" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446). Сведения о выбранных мною лицах, 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.

подпись

Ф.И.О. гражданина

подпись

Ф.И.О. медицинского работника

Дата

2021 г.

ООО «Авиценна»
(наименование оператора персональных данных)
адрес: г. Тюмень, ул. Монтажников, д. 11 стр. 1

от _____
(Ф.И.О. субъекта персональных данных)
адрес: _____,
телефон: _____

Заявление
о согласии на передачу оператором
персональных данных третьим лицам

_____, "___" _____ года рождения,
(Ф.И.О. субъекта персональных данных)
проживающий по адресу: _____,
руководствуясь ст. 9, п. 2 ч. 2 ст. 22, п. 6 ч. 3
ст. 23 Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных",
заявляет о согласии на обработку _____

(наименование оператора персональных данных)
моих персональных данных. В процессе оказания оператором мне помощи я
предоставляю право его работникам передавать мои персональные данные другим
ответственным лицам Оператора и третьим лицам.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по указанному
выше договору на обмен (прием и передачу) моими персональными данными с
третьими лицами с использованием машинных носителей информации, по каналам
связи и (или) в виде бумажных документов, с соблюдением мер, обеспечивающих
их защиту от несанкционированного доступа, без специального уведомления
меня об этом, при условии, что их прием и обработка осуществляются лицом,
обязанным сохранять профессиональную (служебную) тайну.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения
первичных документов.

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

Настоящее согласие дано мной добровольно _____ и действует
бессрочно.

_____ оставляет за собой право отозвать
(Ф.И.О. субъекта персональных данных)
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:

- а) прекратить их обработку
- б) по истечении указанного выше срока хранения моих персональных данных
уничтожить (стереть) все мои персональные данные из баз данных
автоматизированной информационной системы Оператора, включая все копии на
машинных носителях информации, без уведомления меня об этом.

"___" _____ г.

(подпись)