**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство**

Я, **\_\_\_\_\_\_**, **\_\_\_\_\_\_** года рождения, зарегистрированная по адресу: **\_\_\_\_\_**  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. N 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 ООО «Весна».

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. N 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.  N 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)

Подпись гражданина/законного представителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ **\_\_\_\_\_\_**  /

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

Дата оформления **\_\_\_\_\_**

**Согласие на обработку персональных данных**

Настоящим Я,\_\_\_\_\_\_, проживающая по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_, паспорт **\_\_\_\_\_**, даю согласие на обработку моих персональных данных, а именно: на действия, совершаемые с использованием средств автоматизации или без использования таких средств, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение моих персональных данных, Обществу с ограниченной ответственностью "Весна" (ОГРН: 1172468017061, ИНН: 2459020380), расположенному по адресу: г.Красноярск \_\_\_\_\_\_\_\_. Общество с ограниченной ответственностью "Весна" вправе поручить обработку моих персональных данных третьему (им) лицу (лицам). Цель обработки персональных данных: установление медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, предоставление информации о стоимости и характере медицинских услуг ООО «Весна», акциях и программ лояльности, проводимых ООО «Весна», иной информации. Перечень моих персональных данных, на обработку которых даю согласие: фамилия, имя, отчество, паспортные данные, адрес места жительства, контактный номер телефона, электронная почта, биометрические данные. Согласие даю на срок действия договора об оказании платных медицинских услуг, заключенного с ООО «Весна» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, а после прекращения договора - в течение установленного срока хранения документов.

Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_), контактный номер тел.: **\_\_\_\_\_\_\_**

Дата: **\_\_\_\_\_\_\_\_**

Настоящее условие договора может быть изменено Заказчиком - субъектом персональных данных - **\_\_\_\_\_\_\_\_\_** в любой момент в одностороннем порядке путем отзыва согласия на обработку персональных данных. Отзыв согласия на обработку персональных данных осуществляется посредством составления письменного документа, который может быть направлен в адрес Исполнителя почтовым отправлением с уведомлением о вручении, либо вручен лично под расписку представителю Исполнителя.

**ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ  
НА ПРОВЕДЕНИЕ ОБСЛЕДОВАНИЯ НА ВИЧ-ИНФЕКЦИЮ**

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

Я, **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** года рождения, настоящим подтверждаю, что на основании предоставленной мне информации, свободно и без принуждения, отдавая отчет о последствиях обследования, принял решение пройти тестирование на антитела к ВИЧ. Для этой цели я соглашаюсь сдать анализ крови объемом около 5 мл. В процессе забора крови, как правило, будет необходим один укол иглой. Эта процедура может быть связана с некоторым дискомфортом, включая возможное проявление кровоподтека на месте укола.  
Я подтверждаю, что мне разъяснено, почему важно пройти тестирование на ВИЧ, как проводится тест и какие последствия может иметь тестирование на ВИЧ.  
Я проинформирован, что:  
- Тестирование на ВИЧ можно пройти в Центре СПИД и других медицинских учреждениях, тестирование по добровольному выбору освидетельствуемого лица может быть добровольным анонимным (когда не нужно сообщать свое имя и персональные данные, а результат только обследуемый может узнать по коду) или конфиденциальным (в этом случае тестирование проводится по документу, удостоверяющему личность, и результат будет известен обследуемому и лечащему врачу). В государственных медицинских учреждениях тестирование на ВИЧ проводится бесплатно.  
- Присутствие антител к ВИЧ является доказательством наличия ВИЧ-инфекции. Но существует период "серонегативного окна" (промежуток времени между заражением ВИЧ и появлением антител к ВИЧ, наличие которых можно определить лабораторным способом). В течение этого периода человек уже заражен и может заразить других, но при исследовании крови антитела к ВИЧ не обнаруживаются, этот период обычно составляет 3 месяца.  
- В настоящее время в России существует бесплатное лечение для всех нуждающихся инфицированных ВИЧ, для его получения нужно обратиться в территориальный центр СПИД. Лечение существенно продляет жизнь и улучшает качество жизни при ВИЧ-инфекции. ВИЧ-инфицированным беременным женщинам важно вовремя обратиться в центр СПИД и начать принимать специальные лекарства для предотвращения заражения будущего ребенка.  
- ВИЧ инфекция передается только тремя путями:  
1) при сексуальных контактах без презерватива;  
2) через кровь, при медицинских или немедицинских процедурах. Чаще всего заражение этим путем происходит при использовании нестерильного инструментария для употребления наркотиков;  
3) от инфицированной ВИЧ матери к ребенку во время беременности, родов и при грудном вскармливании.  
Заражение ВИЧ в быту при рукопожатиях, пользовании общей посудой, бассейном, туалетом, а также при укусах насекомых не происходит.  
- Защитить себя от заражения ВИЧ-инфекцией можно, если не иметь опасных контактов (контакты с кровью или выделениями половых органов, грудным молоком) с инфицированными ВИЧ людьми или людьми с неизвестным ВИЧ-статусом. В течение жизни, в зависимости от личных обстоятельств и убеждений, для того, чтобы избежать заражения СПИДом, человек может использовать разные способы предохранения. Например, всегда пользоваться презервативами или иметь только не инфицированных ВИЧ сексуальных партнеров. Избежать заражения через кровь при нарушении целостности кожных покровов можно используя только стерильные инструменты.  
- Результаты тестирования на ВИЧ по телефону не сообщаются. Их сообщает консультант при послетестовом консультировании.  
- С вопросами можно обратиться в территориальный центр СПИД.

Подпись гражданина /законного представителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_ /