

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО И ГЕНЕТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Я, _____ д/рожд. _____
(Фамилия, имя, отчество пациента или его законного представителя)

обратившись за получением медицинских услуг в Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Медико-генетический научный центр» (ФГБНУ «МГНЦ») в соответствии с Приказом МЗ РФ от 23.04.2012 г. N 390-н даю согласие на проведение мне /представляемому мной

(Фамилия, имя, отчество)

при необходимости следующих вмешательств: 1. *Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза, видеоматериалов;* 2. *Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация* 3. *Антропометрические исследования;* 4. *Термометрия;* 5. *Тонометрия.* 6. *Неинвазивные исследования органа зрения.* 7. *Неинвазивные исследования органа слуха.* 8. *Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).* 9. *Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, генетические (со взятием крови из пальца и вены).* 10. *Ультразвуковые исследования.*

Я понимаю, что во время вмешательства или после него могут появиться непредвиденные ранее неблагоприятные обстоятельства, а также могут возникнуть осложнения. При этом медицинские работники делают все возможное для предотвращения возможных осложнений в соответствии с действующими порядками и стандартами оказания медицинской помощи.

Я предупрежден, что невыполнение в полном объеме всех рекомендаций медицинского работника может быть причиной осложнений и неблагоприятных последствий медицинского вмешательства.

Я _____, согласен (а) на проведение генетического исследования моего образца биологического материала. Я получил (а) от врача информацию о генетическом исследовании, в том числе о цели тестирования, его информативности, вероятности получения правильного результата и возможных последствия тестирования (в том числе, о рисках и возможности практического использования результатов) для меня и моих родственников и понял(а) ее содержание. Я имел (а) возможность задать все интересующие меня вопросы и получил (а) удовлетворившие меня ответы. У меня было достаточно времени для принятия решения.

Подписывая данный документ, я соглашаюсь на то, что генетическое исследование будет выполнено в Федеральном государственном бюджетном научном учреждении «Медико-генетический научный центр» (115478, г. Москва, ул. Москворечье, д. 1):

Мне _____
(Фамилия, имя, отчество, дата рождения)

Моему ребенку (детям) _____
(Фамилия, имя, отчество, дата рождения)

(Фамилия, имя, отчество, дата рождения)

с целью _____

Я согласен:

- получить информацию о результатах генетического исследования;
- на хранение образца моего биологического материала (образца моего ребенка) в биобанке ФГБНУ «МГНЦ»;
- на использование результатов генетического исследования моих (моего ребенка и члена семьи) в исследовательских или образовательных целях (в том числе в научных публикациях), при условии, что *это не приведет к раскрытию личной информации обо мне или моем ребенке;*
- на предоставление дополнительной информации и уточнения данных сотрудникам ФГБНУ «МГНЦ»;

Я могу изменить свое мнение по одному или всем пунктам в любое время и отозвать согласие путем направления в адрес ФГБНУ «МГНЦ» соответствующего письменного документа по почте, либо по электронной почте mgnc@med-gen.ru, либо путем вручения его лично представителю ФГБНУ «МГНЦ».

Фамилия, Имя, Отчество _____ / _____ / _____
подпись

Телефон _____ E-mail: _____

Я разъяснил условия проведения исследования пациенту или его официальному представителю и ответил на все интересующие вопросы.

Врач _____ / _____
(Фамилия И.О.) подпись

« ____ » _____ 20 ____ г.

ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных

Я, _____ д/рожд. _____

(Фамилия, имя, отчество)

паспорт серия _____ номер _____, кем и когда выдан, _____

код подразделения _____, проживающий(ая) по адресу: _____

_____, в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона "О персональных данных" от 27.07.2006 N 152 -ФЗ, статьи 13 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ" ДАЮ СОГЛАСИЕ на обработку Федеральным государственным бюджетным научным учреждением «Медико-генетический научный центр» (115478, г. Москва, ул. Москворечье, д. 1) (далее - Оператор) моих персональных данных, персональных данных представляемого мной ребенка (сына, дочери)

(Фамилия, имя, отчество),

включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты паспорта (документа удостоверения личности, в том числе свидетельства о рождении), реквизиты полиса ОМС/ДМС, страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), место работы, учебы, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью и другую информацию (фотографии, видеоматериалы, СМИ) - в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг по договору, осуществления иных, связанных с этим мероприятий, а также в целях организации внутреннего учета Оператора. В процессе оказания Оператором мне/представляемому мной ребенку медицинских услуг Я ПРЕДОСТАВЛЯЮ ПРАВО медицинским работникам (врачам, среднему медицинскому персоналу) передавать мои персональные данные/персональные данные представляемого мной ребенка, в том числе составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора в интересах обследования, лечения и внутреннего учета Оператора. Передача персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия. Я ПРЕДОСТАВЛЯЮ ОПЕРАТОРУ ПРАВО ОСУЩЕСТВЛЯТЬ все действия с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, передачу (в страховую медицинскую организацию, организацию - заказчика медицинских услуг в рамках заключенных договоров), обезличивание, блокирование, уничтожение. ОПЕРАТОР ИМЕЕТ ПРАВО обрабатывать персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по договору ОМС/ДМС, договору оказания платных медицинских услуг; осуществлять обмен (прием и передачу) персональными данными со страховой медицинской организацией, организацией - заказчиком медицинских услуг, договору оказания платных медицинских услуг с использованием электронных носителей информации, по каналам связи и (или) документов на бумажных носителях, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, без специального уведомления меня об этом, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную (служебную) тайну. ОПЕРАТОР ВПРАВЕ ОСУЩЕСТВЛЯТЬ следующие способы обработки персональных данных: на бумажных носителях, в информационных системах персональных данных с использованием и без использования средств автоматизации, а также смешанным способом. Я ДАЮ СОГЛАСИЕ / НЕ ДАЮ СОГЛАСИЕ (ненужное зачеркнуть) Оператору на использование персональных данных в целях информирования меня с помощью средств связи путем пересылки мне SMS-сообщений: напоминание о записи на прием к специалисту или исследование (на указанный мной номер мобильного телефона), на пересылку информации о состоянии здоровья (результатах обследования и др.) через незащищенные каналы связи (электронная почта), для чего собственноручно пишу адрес электронной почты и телефон, на который разрешаю высылать данные о состоянии здоровья и иные сведения: E-mail: _____ Телефон _____

НАСТОЯЩЕЕ СОГЛАСИЕ действует бессрочно, и может быть отозвано мною путем направления в адрес Оператора соответствующего письменного документа (по почте заказным письмом с уведомлением о вручении) либо путем вручения лично под расписку представителю Оператора.

Подпись _____ / _____ / Дата: « ___ » _____ 20 ___ г.

(Фамилия И.О.)

Сведения в электронную базу данных внесены:

Оператор: Подпись _____ / _____ /