



DR SHIPKOV
DENTAL CLINIC

📍 Протопоповский
пер., 17, стр. 3

📞 +7 495 120-01-38
+7 495 120-01-39

📧 shipkovclinic.ru
info@shipkovclinic.ru

Информированное добровольное согласие с общим планом обследования и лечения

Я, _____

дата рождения « ___ » _____ 20__ года, обратившись за медицинской помощью в ООО «Индиго», 129090, г. Москва, Протопоповский пер., д. 17, стр. 3 (далее по тексту — Клиника) проинформирован(а) о том, что для определения состояния моего здоровья, получения сведений о наличии у меня того или иного заболевания, состояния, для установления моего медицинского диагноза и дальнейшего планирования и оказания необходимых медицинских услуг, мне необходимо пройти первичный план обследования, который включает в себя следующие виды медицинского вмешательства: осмотр врача, лучевые методы исследования, направление на консультацию или иные диагностические мероприятия в другие медицинские организации в случае необходимости.

Я согласен(на) на оказание мне данных видов медицинского вмешательства, как на этапе первичного обследования, так и в дальнейшем при оказании мне Клиникой платных медицинских услуг.

Я проинформирован(а) о том, что несоблюдение указаний Клиники (медицинского работника, предоставляющего медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой мне (предоставляемому) медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего (представляемого) здоровья.

Я информирован(а) о том, что в соответствии со статьей 13 Федерального закона от 21.11.2011 года №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» моя медицинская информация, в том числе медицинская документация составляют врачебную тайну. Мне подтверждена гарантия конфиденциальности такой информации, в том числе конфиденциальность персональных данных, используемых в медицинских информационных системах в соответствии с законодательством РФ.

В соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.06.2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных», я подтверждаю свое согласие на обработку Клиникой моих персональных данных, как с использованием средств автоматизации, так и без использования таковых, в целях оказания мне платных медицинских услуг, совершения иных действий, порождающих юридические последствия в отношении меня и других лиц.

Я разрешаю предоставлять мою медицинскую информацию всем медицинским работникам и должностным лицам клиники, причастным к данному случаю оказания мне медицинской помощи.

Я разрешаю использовать мою медицинскую информацию для проведения контроля качества оказания мне медицинской помощи, в том числе с привлечением независимых специалистов.

Я разрешаю передавать мне информацию о состоянии моего здоровья в случае неблагоприятного прогноза развития моего заболевания.

Я разрешаю врачам и должностным лицам Клиники делать фотографии и видеозаписи, связанные с оказанием мне медицинских услуг, и использовать их для научных целей и целей контроля качества медицинской помощи при условии, что идентификация меня как больного или личности не будет, фото- и видеоматериалы останутся анонимными.

Также я разрешаю предоставлять мою медицинскую информацию _____

Врач _____

Пациент _____

подпись, Ф.И.О.

подпись, Ф.И.О.