**ЗАЯВЛЕНИЕ ПАЦИЕНТА**

*ФИО, дата рождения, адрес проживания, адрес регистрации, реквизиты документа, удостоверяющего личность:*

*серия и номер, дата выдачи, орган выдачи; контактный телефон и адрес электронной почты*

*далее по тексту – «Пациент»*

 Пациент в целях надлежащего оказания медицинских услуг на территории Российской Федерации **предоставляет АО «ЕМЦ» (ОГРН: 1027739031418) и ООО «МОЦ» (ОГРН: 1195081061438),** *далее по тексту – «Клиники»***, согласие на обработку персональных данных** (сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение), в том числе: фамилии, имени, отчества, контактных данных, в том числе номера телефона, адреса электронной почты, адреса проживания и регистрации, врачебной тайны сроком на период хранения медицинской документации в целях соблюдения требований Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства РФ от 04.10.2012 № 1006, Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных». Пациент предоставляет Клиникам согласие на направление ему информационных сообщений по вопросам, связанным с оказанием медицинских услуг, в том числе, но не исключительно: о подтверждении, отмене, изменении даты и времени записи на прием к врачу, о готовности результатов исследований и анализов.

 **Пациент вправе отозвать свое согласие на обработку персональных данных** посредством передачи Клиникам лично под расписку соответствующего письменного заявления на бумажном носителе. Если заявление направляется по почте или передается в Клиники иным образом, то подлинность подписи на нем должна быть нотариально засвидетельствована.

 Пациент, подписанием настоящего Заявления Пациента, обязуется соблюдать порядок оказания медицинских услуг и правила поведения на территории Клиник.

**ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ:**

1. Назначить третье лицо моим представителем в Клиниках: ДА / НЕТ

 (подчеркнуть нужное)

 Пациент предоставляетсогласие Клиникам на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, следующему третьему лицу (при условии предоставления им документа, удостоверяющего личность):

*ФИО, дата рождения, адрес проживания, адрес регистрации, реквизиты документа, удостоверяющего личность:*

*серия и номер, дата выдачи, орган выдачи; контактный телефон и адрес электронной почты*

 Пациент обязан уведомить вышеуказанное лицо о передаче его персональных данных Клиникам.

1. Предоставлять мои персональные данные дистанционно при указании кодового слова: ДА / НЕТ

 (подчеркнуть нужное)

 Пациент предоставляет согласие на предоставление Клиникам своих персональных данных, в том числе сведений, составляющих врачебную тайну, любому лицу при условии сообщения фамилии, имени, отчества, даты рождения Пациента, а также его кодового слова. Такие сведения могут быть предоставлены также посредством использования любых видов связи, в том числе, но не исключительно: телефонной и электронной связи.

1. Направлять мою медицинскую информацию по электронной почте: ДА / НЕТ

 (подчеркнуть нужное)

 Пациент предоставляет согласие на направление результатов медицинских исследований (результаты анализов), медицинских отчетов, информационных сообщений, связанных с оказанием медицинских услуг в Клиниках на указанный Пациентом адрес электронной почты, push-уведомлениями через сервисы Клиник или по SMS.

**ИНФОРМИРОВАНИЕ**

Пациент осведомлен, что медицинские услуги, оказываемые по страховой программе медицинского страхования оплачиваются заказчиком (Страховой компанией) в соответствии со страховой программой Пациента. Услуги, которые не покрываются Страховой компанией по любым основаниям и причинам, **оплачиваются Пациентом отдельно по действующему Прейскуранту Клиник** на условиях действующих в такой момент оферт на оказание медицинских услуг.

 Пациент ознакомлен с правилами внутреннего распорядка в Клиниках, размещенными на информационных стендах в медицинских центрах, ознакомлен(а).

 Пациент проинформирован о возможности получения медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий Российской Федерации бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

 Пациент проинформирован об условиях основного электронного взаимодействия, изложенных в Офертах, действующих на дату подписания настоящего заявления. Условия электронного взаимодействия размещены на сайтах Клиник ([www.oncomos.ru](file:///C%3A%5CUsers%5Cezaruto%5CAppData%5CLocal%5CMicrosoft%5CWindows%5CINetCache%5CContent.Outlook%5CQ1ME3TFC%5Cwww.oncomos.ru), [www.fmc-clinic.ru](http://www.fmc-clinic.ru)) и на информационных стойках в Клиниках.

**ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА**

**ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ**

В соответствии со статьей 20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» Пациент даёт добровольное согласие на проведение в случае необходимости следующих медицинских вмешательств со стороны Клиник:

* Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
* Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование.
* Антропометрические исследования.
* Термометрия.
* Тонометрия.
* Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций.
* Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций.
* Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).
* Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические.
* Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлуометрия, рэоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных).
* Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, допплерографические исследования.
* Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно.
* Медицинский массаж.
* Лечебная физкультура.

Клиниками в доступной для Пациента форме 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. Пациенту разъяснено, что он имеет право отказаться от одного или нескольких вышеизложенных видов медицинских вмешательств.

**Пациент проинформирован, что в его интересах сообщить медицинскому работнику обо всех имеющихся у него заболеваниях и проблемах со здоровьем, аллергических реакциях и индивидуальной непереносимости лекарств, о наличии в прошлом или в настоящее время инфекционного гепатита, туберкулеза, венерических заболеваний (в том числе сифилиса и ВИЧ-инфекции), а также о злоупотреблении алкоголем и/или пристрастии к наркотическим препаратам.**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Главный Врач