



В соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», статьей 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Постановлением Правительства РФ от 15.09.2008 N 687 "Об утверждении Положения об особенностях обработки персональных данных, осуществляемой без использования средств автоматизации", Приказом Министерства здравоохранения РФ от 20 декабря 2012 г. № 1177н (ред. от 17.07.2019) «Об утверждении порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинских вмешательств, форм информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и форм отказа от медицинского вмешательства», Приказом Министерства и социального развития РФ от 23 апреля 2012 г. № 390н «Об утверждении Перечня определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи», Приказом Министерства здравоохранения РФ от 12 ноября 2021 г. N 1051н "Об утверждении Порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства, формы информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и формы отказа от медицинского вмешательства", в целях реализации прав граждан на своевременное получение необходимой и достоверной информации о сути предлагаемого медицинского вмешательства, его причинах, последствиях, рисках, возможных альтернативных методах, и обеспечения возможности их правильного выбора, а также унификации в медицинской организации оформления добровольного информированного согласия.

Типовые формы:

**бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа - Югры  
«Нефтеюганская районная больница»**

**Информированное добровольное согласие на обработку персональных данных**

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г

Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», с Федеральным законом «О персональных данных» от 27.07.2006 г. №152-ФЗ, с Федеральным законом «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством»

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. пациента - полностью)

года рождения, проживающий(ая) по адресу: \_\_\_\_\_

<b>Этот раздел</b>	<b>бланка</b>	<b>заполняется</b>	<b>только</b>	<b>на</b>	<b>недееспособных</b>
<b>граждан: Я, паспорт:</b> _____, выдан:					
<b>являюсь</b>	<b>законным</b>	<b>представителем</b>	<b>(опекун,</b>	<b>попечитель)</b>	<b>лица,</b>
<b>признанного недееспособным:</b> _____					
					(Ф.И.О. недееспособного гражданина – полностью, год рождения)

находясь на лечении в \_\_\_\_\_

(наименование структурного подразделения)

бюджетного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа - Югры «Нефтеюганская районная больница». Добровольно даю свое согласие на обработку моих (представляемого) персональных данных включающих, в том числе для формирования листка нетрудоспособности в форме электронного документа: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный номер телефона, реквизиты полиса обязательного медицинского страхования реквизиты полиса добровольного медицинского страхования, страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России, данные о состоянии моего (представляемого) здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну бюджетным учреждением Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Нефтеюганская районная больница».

В процессе оказания бюджетным учреждением Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Нефтеюганская районная больница» мне (представляемому) медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои (представляемого) персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам бюджетного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Нефтеюганская районная больница» в интересах моего (представляемого) обследования и лечения.

Предоставляю бюджетному учреждению Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Нефтеюганская районная больница» право осуществлять все действия (операции) с моими (представляемого) персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Нефтеюганская районная больница» вправе обрабатывать мои (представляемого) персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по обязательному медицинскому страхованию, договору добровольного медицинского страхования.

Бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Нефтеюганская районная больница» имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе обязательного медицинского страхования, договору добровольного медицинского страхования на обработку и передачу моих (представляемого) персональных данных третьим лицам с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Срок хранения моих (представляемого) персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет (для стационара), пять лет (для поликлиники).

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

Я имела (имел) возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получила (получил) исчерпывающие ответы. Мне было предоставлено достаточно времени для ознакомления с данным информированным добровольным согласием, обдумывания и принятия решения.

Я прочитала (прочитал), и поняла (понял) все вышеизложенное и удовлетворена (удовлетворен) ответами на все мои вопросы, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, на меня не оказывалось давление, и я осознанно принимаю решение о подписании информированного добровольного согласия на обработку персональных данных.

Я, \_\_\_\_\_  
(Фамилия, Имя, Отчество пациента, законного представителя полностью)

даю свое согласие, на обработку моих персональных данных. Настоящее согласие действует бессрочно.

Я оставляю за собой (представляемым) право отозвать свое (представляемого) согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной (представляемым) в адрес бюджетного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Нефтеюганская районная больница» по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю бюджетного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Нефтеюганская районная больница».

В случае получения моего (представляемого) письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «ХМАО – Югры» обязано прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне (представляемому) до этого медицинской помощи, по истечении указанного выше срока хранения персональных данных (двадцать пять лет) уничтожить, (стереть) все мои персональные данные из баз данных автоматизированной информационной системы медицинской организации, включая все копии на машинных носителях информации, без уведомления меня об этом.

**Отметка о своем согласии на обработку персональных данных, осуществляемую без использования средств автоматизации**

---

дата

подпись пациента, законного представителя

Расписался в моем присутствии:

Врач

---

подпись

Ф.И.О., печать врача

**бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа - Югры  
«Нефтеюганская районная больница»  
Отказ от обработки персональных данных  
« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г**

Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», с Федеральным законом «О персональных данных» от 27.07.2006 г. №152-ФЗ

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. пациента - полностью)  
года рождения, проживающий(ая) по адресу: \_\_\_\_\_

<b>Этот раздел бланка заполняется только на недееспособных граждан:</b> Я, паспорт: _____, выдан: _____ являюсь законным представителем (опекун, попечитель) лица, признанного недееспособным: _____ (Ф.И.О. недееспособного гражданина – полностью, год рождения)
---

находясь на лечении в \_\_\_\_\_  
(наименование отделения)

бюджетного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа - Югры «Нефтеюганская районная больница». Отказываюсь от обработки моих (представляемого) персональных данных включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный номер телефона, реквизиты полиса обязательного медицинского страхования, реквизиты полиса добровольного медицинского страхования, страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России, данные о состоянии моего (представляемого) здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну бюджетным учреждением Ханты-Мансийского автономного округа-Югры «Нефтеюганская районная больница».

В процессе оказания бюджетным учреждением Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Нефтеюганская районная больница» мне (представляемому) медицинской помощи я отказываюсь от предоставления права медицинским работникам передавать мои (представляемого) персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам бюджетного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Нефтеюганская районная больница» в интересах моего (представляемого) обследования и лечения.

Не предоставляю бюджетному учреждению Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Нефтеюганская районная больница» право осуществлять все действия (операции) с моими (представляемого) персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Нефтеюганская районная больница» не вправе обрабатывать мои (представляемого) персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по обязательному медицинскому страхованию, договору добровольного медицинского страхования.

Бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Нефтеюганская районная больница» не имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе обязательного медицинского страхования, договору добровольного медицинского страхования на обработку и передачу моих (представляемого) персональных

данных третьим лицам, с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Срок хранения моих (представляемого) персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет (для стационара), пять лет (для поликлиники).

Передача моих (представляемого) персональных данных иным лицам или иное разглашение может осуществляться не может.

Я имела (имел) возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получила (получил) исчерпывающие ответы. Мне (представляемого) было предоставлено достаточно времени для ознакомления с данным отказом, обдумывания и принятия решения.

Я прочитала (прочитал), и поняла (понял) все вышеизложенное и удовлетворена (удовлетворен) ответами на все мои вопросы, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, на меня (представляемого) не оказывалось давление, и я осознанно принимаю решение о подписании отказа от обработки персональных данных.

Я добровольно отказываюсь от обработки моих (представляемого) персональных данных.

**Отметка о своем согласии на обработку персональных данных, осуществляемую без использования средств автоматизации**

---

дата  
Расписался в моем присутствии:

подпись пациента, законного представителя

Врач

---

подпись

Ф.И.О., печать врача

Главному врачу Ноговициной О.Р.

---

(от кого Ф.И.О. и адрес)

---



---



---

**БЛАНК - ЗАЯВЛЕНИЕ**

об отказе предоставления и (или) обработки персональных данных  
..... мне было предложено подписать бланк  
«Согласие на обработку персональных данных» для

.....  
.....  
.....

..... (указать для чего получается «Согласие») Я не даю согласие на обработку  
моих персональных данных по следующим основаниям:

1. Обязательное получение согласия на обработку персональных данных при  
.....  
.....

..... (указать: при предоставлении медицинской помощи, оформлении и  
выдаче документов и др.) противоречит

.....  
.....  
.....

2. Согласие на обработку моих персональных данных (персональных данных моих детей)  
.....(указать)  
противоречит моим интересам и интересам моей семьи.

**Отметка о своем согласии на обработку персональных данных, осуществляемую без  
использования средств автоматизации**

В соответствии со статьей 9 Федерального закона №152-ФЗ «О персональных данных» субъект персональных  
данных принимает решение о предоставлении своих персональных данных и дает согласие на их обработку  
своей волей и в своем интересе.

бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа - Югры  
«Нефтеюганская районная больница»

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г

Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

Я,

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)  
" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированный по адресу:  
(дата рождения гражданина либо законного представителя)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (адрес регистрации гражданина либо законного представителя)  
проживающий \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_ адресу:  
\_\_\_\_\_ (указывается в случае проживания не по месту регистрации)

В отношении \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)  
" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ г. рождения, проживающего по адресу:  
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (в случае проживания не по месту жительства законного представителя)  
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 23.04.2012 г. N 390н (далее - виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень);

– на инвазивные виды медицинских вмешательств (исследований, операций)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (наименование вида (видов) инвазивного медицинского вмешательства)  
при оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи / специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи / при оказании скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи / при оказании паллиативной медицинской помощи / при проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз *мне* или *представляемому лицу*, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в бюджетном учреждении Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Нефтеюганская районная больница».

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)

8

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

"\_\_" "\_\_" \_\_\_\_ Г.  
(дата оформления)

Отметка о своем согласии на обработку персональных данных, осуществляемую без использования средств автоматизации

Примечание:

Согласие (отказ) на медицинское вмешательство (лечение) в отношении лиц, не достигших возраста 15 лет, и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, дают их законные представители (родители, усыновители, опекуны или попечители) с указанием фамилии, имени, отчества, паспортных данных, родственных отношений после сообщения им сведений о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

При отсутствии законных представителей решение о необходимости лечения принимает консилиум, а при невозможности собрать консилиум – непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением главного врача, а в выходные, праздничные дни, вечернее и ночное время – ответственного дежурного врача и законных представителей.

В случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а необходимость проведения лечения неотложна, вопрос о медицинском вмешательстве в интересах гражданина решает консилиум, а при невозможности собрать консилиум – непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением главного врача, а в выходные, праздничные дни, вечернее и ночное время – ответственного дежурного врача.

Дополнительная информация:

дата

подпись пациента, законного представителя

Расписалась (расписался) в моем присутствии:

Врач

подпись

Ф.И.О., печать врача

Консилиум врачей в составе:

(должность)

(Ф.И.О., печать врача)

(подпись)

(должность)

(Ф.И.О., печать врача)

(подпись)

(должность)

(Ф.И.О., печать врача)

(подпись)

дата

Сведения об ознакомлении пациента, его законного представителя либо лица выбранного (выбранных) мною лице (лицами), 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 с данной медицинской документацией

Дата поступления письменного запроса \_\_\_\_\_

Дата ознакомления \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Фамилия, имя, отчество (при наличии) ознакомившегося лица

---

\_\_\_\_\_  
Фамилия, имя, отчество (при наличии), должность и подпись работника, зафиксировавшего факт ознакомления

бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа - Югры

«Нефтеюганская районная больница»

Отказ от медицинского вмешательства

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г

Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

Я, \_\_\_\_\_ "\_\_\_" \_\_\_\_\_ г. рождения,  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) и дата рождения  
гражданина либо законного представителя)

зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_  
(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

в отношении \_\_\_\_\_ "\_\_\_" \_\_\_\_\_  
г. рождения,

(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента и дата рождения при подписании отказа законным представителем)  
при оказании мне (представляемому лицу) первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи / специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи / при оказании скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи / при оказании паллиативной медицинской помощи / при проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз *мне или представляемому лицу*, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в бюджетном учреждении Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Нефтеюганская районная больница» отказываюсь:

– от видов медицинских вмешательств, включенных 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;

– от инвазивных видов медицинских вмешательств (исследований, операций)

\_\_\_\_\_ (наименование вида (видов) медицинского вмешательства)

Медицинским

\_\_\_\_\_ работником

\_\_\_\_\_ (должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены возможные последствия отказа от вышеуказанных видов медицинских вмешательств, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния)

\_\_\_\_\_ (указываются возможные последствия отказа от вышеуказанного (вышеуказанных) вида (видов) медицинского вмешательства, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния))

Мне разъяснено, что при возникновении необходимости в осуществлении одного или нескольких видов медицинских вмешательств, в отношении которых оформлен настоящий отказ, я имею право оформить информированное добровольное согласие на такой (такие) вид (виды) медицинского вмешательства.

\_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или законного представителя гражданина) "\_\_\_" \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Г. \_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника) \_\_\_\_\_ (дата оформления)

Отметка о своем согласии на обработку персональных данных, осуществляемую без использования средств автоматизации

## Примечание:

Согласие (отказ) на медицинское вмешательство (лечение) в отношении лиц, не достигших возраста 15 лет, и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, дают их законные представители (родители, усыновители, опекуны или попечители) с указанием фамилии, имени, отчества, паспортных данных, родственных отношений после сообщения им сведений о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

При отсутствии законных представителей решение о необходимости лечения принимает консилиум, а при невозможности собрать консилиум – непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением главного врача, а в выходные, праздничные дни, вечернее и ночное время – ответственного дежурного врача и законных представителей.

В случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а необходимость проведения лечения неотложна, вопрос о медицинском вмешательстве в интересах гражданина решает консилиум, а при невозможности собрать консилиум – непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением главного врача, а в выходные, праздничные дни, вечернее и ночное время – ответственного дежурного врача.

## Дополнительная информация:

---



---



---



---

дата

подпись пациента, законного представителя

## Расписалась (расписался) в моем присутствии:

Врач

подпись

Ф.И.О., печать врача

## Консилиум врачей в составе:

(должность)	(Ф.И.О., печать врача)	(подпись)
(должность)	(Ф.И.О., печать врача)	(подпись)
(должность)	(Ф.И.О., печать врача)	(подпись)

дата

Сведения об ознакомлении пациента, его законного представителя либо лица выбранного (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 с данной медицинской документацией

Дата поступления письменного запроса \_\_\_\_\_

Дата ознакомления \_\_\_\_\_

---

 Фамилия, имя, отчество (при наличии) ознакомившегося лица
 

---



---

 Фамилия, имя, отчество (при наличии), должность и подпись работника, зафиксировавшего факт ознакомления

**Информированное добровольное согласие на видеонаблюдение и сбор информации посредством видеонаблюдения во время нахождения включая время оказания медицинской помощи в здании бюджетного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа Югры «Нефтеюганская районная больница»**

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г

Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

Я \_\_\_\_\_ года рождения,

(Ф.И.О. пациента - полностью)

проживающий(ая) по адресу:

<b>Этот раздел бланка заполняется только на недееспособных граждан:</b>	Я, паспорт: _____, выдан: _____
являюсь законным представителем (опекун, попечитель) _____ лица, признанного недееспособным: _____	(Ф.И.О. недееспособного гражданина – полностью, год рождения)

Я ознакомлена (ознакомлен) с тем, что в здании бюджетного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа - Югры «Нефтеюганская районная больница» ведется видеонаблюдение с целью охраны моих(представляемого) законных интересов и деятельности учреждения, в том числе контроля за надлежащим качеством оказания (представляемому мне) медицинской помощи, видеокамеры расположены во всем здании бюджетного учреждения

Ханты-Мансийского автономного округа - Югры «Нефтеюганская районная больница»

Видеонаблюдение применяется на основании принятых в надлежащем внутриорганизационных норм, с действующими правилами сбора и хранения данных видеонаблюдения меня (представляемого) ознакомили.

Бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа-Югры «Нефтеюганская районная больница» гарантирует, что полученные данные видеонаблюдения будут защищены от доступа посторонних лиц или утраты и не будут распространяться или передаваться в открытое пользование.

Я ознакомлен(а) и согласен(а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне (представляемому) разъяснены и добровольно даю согласие на ограничение моей (представляемого) приватности во время нахождения в бюджетном учреждении Ханты-Мансийского автономного округа-Югры «Нефтеюганская районная больница» посредством видеонаблюдения, сбора и хранения данных видеонаблюдения и подтверждаю это моей подписью.

**Отметка о своем согласии на обработку персональных данных, осуществляемую без использования средств автоматизации**

Дата, подпись пациента, законного представителя

Расписался в моем присутствии:

Врач \_\_\_\_\_

подпись

Ф.И.О., печать врача

**Информированный добровольный отказ на видеонаблюдение и сбор информации посредством видеонаблюдения во время нахождения включая время оказания медицинской помощи в здании бюджетного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа Югры «Нефтеюганская районная больница»**

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г

Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

Я \_\_\_\_\_ года рождения,

(Ф.И.О. пациента - полностью)

проживающий(ая) по адресу:

<b>Этот раздел бланка заполняется только на недееспособных граждан:</b>	Я, паспорт: _____, выдан: _____
являюсь законным представителем (опекун, попечитель) лица, признанного недееспособным: _____	(Ф.И.О. недееспособного гражданина – полностью, год рождения)

Я ознакомлена (ознакомлен) с тем, что в здании бюджетного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа - Югры «Нефтеюганская районная больница» ведется видеонаблюдение с целью охраны моих(представляемого) законных интересов и деятельности учреждения, в том числе контроля за надлежащим качеством оказания (представляемому мне) медицинской помощи, видеокамеры расположены во всем здании бюджетного учреждения

Ханты-Мансийского автономного округа - Югры «Нефтеюганская районная больница»

Видеонаблюдение применяется на основании принятых в надлежащем внутриорганизационных норм, с действующими правилами сбора и хранения данных видеонаблюдения меня (представляемого) ознакомили.

Бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа-Югры «Нефтеюганская районная больница» гарантирует, что полученные данные видеонаблюдения будут защищены от доступа посторонних лиц или утраты и не будут распространяться или передаваться в открытое пользование.

Я ознакомлен(а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне (представляемому) разъяснены и добровольно даю отказ на ограничение моей (представляемого) приватности во время нахождения в бюджетном учреждении Ханты-Мансийского автономного округа-Югры «Нефтеюганская районная больница» посредством видеонаблюдения, сбора и хранения данных видеонаблюдения и подтверждаю это моей подписью.

**Отметка о своем согласии на обработку персональных данных, осуществляемую без использования средств автоматизации**

\_\_\_\_\_ дата \_\_\_\_\_ подпись пациента, законного представителя

Расписался в моем присутствии: \_\_\_\_\_

Врач \_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_ Ф.И.О., печать врача



\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ ( ) : \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_  
 : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

15 ,

\_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ ( , , , , )  
 : \_\_\_\_\_ ( . . . , )  
 \_\_\_\_\_ ( ) , \_\_\_\_\_ ( ) : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ ( ) : \_\_\_\_\_  
 : \_\_\_\_\_  
 : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_ ( )  
 \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_ )  
 \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ ;  
 \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ ;  
 \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ ;  
 \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ ;  
 \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ ;  
 \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ ;  
 \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_ ;  
 \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_ ;

: \_\_\_\_\_  
 : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_