

## Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

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, зарегистрированный 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 апреля 2012 г. № 390н1 (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 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (полное наименование медицинской организации)  
\_\_\_\_\_ 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. № 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. № 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)

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

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

\_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество медицинского работника)

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**Информированное согласие законного представителя несовершеннолетнего пациента  
на обработку и передачу персональных данных, а также на обработку  
и передачу специальных категорий персональных данных**

Я, нижеподписавшийся (ая) \_\_\_\_\_  
(ФИО, полностью)

паспорт серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_

(кем и когда выдан)

проживающий (ая) по адресу: \_\_\_\_\_

адрес регистрации: \_\_\_\_\_

телефон: \_\_\_\_\_ электронная почта: \_\_\_\_\_

являясь законным представителем (мать, отец, опекун, попечитель, др.) \_\_\_\_\_  
(нужное подчеркнуть)

(фамилия, имя и (при наличии) отчество полностью несовершеннолетнего пациента)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.р., паспорт (свидетельство о рождении) серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_  
(нужное подчеркнуть)

выдан (о) \_\_\_\_\_  
(кем и когда выдан)

СНИЛС \_\_\_\_\_

(заполняется при наличии у субъекта персональных данных сведений о СНИЛС)

проживающий (ая) по адресу: \_\_\_\_\_

адрес регистрации: \_\_\_\_\_

Документ, подтверждающий полномочия законного представителя \_\_\_\_\_

(наименование, номер и серия документа, кем и когда выдан)

в соответствии со статьями 9, 10 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ  
«О персональных данных», статьей 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья  
граждан в Российской Федерации» подтверждаю свое согласие на обработку ООО ДСОК «Жемчужина», (далее –  
Оператор) персональных данных \_\_\_\_\_

(фамилия, инициалы несовершеннолетнего пациента)

включающих: фамилию, имя, отчество (при наличии), пол, дату рождения, адрес места жительства  
(проживания), контактный телефон, адрес электронной почты, реквизиты паспорта (документа удостоверения личности),  
реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС), данные о состоянии  
здоровья, заболеваниях, антропометрические и биометрические данные, выписанных рецептах и лекарственных  
средствах, случаи обращения за медицинской помощью, справки и другую информацию - в медико-профилактических  
целях, в целях оказания медицинских услуг, включая установление медицинского диагноза, предоставления медико-  
профилактических услуг, социальных услуг, государственных и муниципальных услуг, осуществления иных, связанных  
с этим мероприятий, при условии обеспечения сохранности врачебной тайны.

В процессе оказания Оператором медицинских услуг я предоставляю право медицинским работникам передавать  
персональные данные \_\_\_\_\_,

(фамилия, инициалы несовершеннолетнего пациента)

в том числе специальные категории персональных данных, другим должностным лицам Оператора в интересах  
обследования, лечения, в том числе в порядке взаимодействия с иными медицинскими организациями, привлекаемыми  
Оператором для оказания медицинской помощи:

(фамилия, инициалы несовершеннолетнего пациента)

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными,  
включая сбор, ввод, систематизацию, накопление, хранение (в электронном виде и бумажном носителе), уточнение,  
обновление, передачу, изменение, модификацию, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение,  
обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных «Единая государственная  
информационная система в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ), включения в списки (реестры) и отчетные формы, а также  
сводки и системы хранения данных, предусмотренные документами, регламентирующими порядок ведения и состав

данных в медицинской документации, а также договором на оказание медицинской помощи по программе ОМС (договорам ДМС).

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 также даю Оператору свое согласие на использование персональных данных \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(фамилия, инициалы несовершеннолетнего пациента)  
в целях информирования меня с помощью средств связи, в том числе путем направления мне SMS-сообщений или письма на электронную почту, о мероприятиях, связанных с оказанием медицинской помощи \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(фамилия, инициалы несовершеннолетнего пациента)  
Я разрешаю / не разрешаю \_\_\_\_\_ (ненужное зачеркнуть) предоставлять сведения о фактах обращения \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(фамилия, инициалы несовершеннолетнего пациента)  
за медицинской помощью и состоянии здоровья, диагнозе, следующим лицам:

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя и (при наличии) отчество полностью, контактный телефон)

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя и (при наличии) отчество полностью, контактный телефон)

Настоящее согласие действует бессрочно, и может быть отозвано 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 субъекта  
персональных данных

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(расшифровка)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202\_\_ г.  
(дата)

**Информированное добровольное согласие  
на обработку персональных данных (изображения) несовершеннолетнего, осуществление  
фото- и видеосъемки и использование полученных материалов**

г. \_\_\_\_\_ «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г.

Я,

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. законного представителя полностью)

паспорт: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_  
(кем и когда выдан)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г., зарегистрированный(ая) по адресу: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ являясь законным представителем несовершеннолетнего(ей) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. ребенка полностью, дата рождения)

на основании \_\_\_\_\_  
(статья 64 Семейного кодекса РФ (родительские права), свидетельство о рождении серия №, либо документ об установлении опеки/попечительства)

далее именуемый(ая) «Законный представитель», в соответствии со статьей 152.1 Гражданского кодекса Российской Федерации, Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» и статьей, настоящим даю свое добровольное и бессрочное согласие Обществу с ограниченной ответственностью «Детский санаторно-оздоровительный комплекс «Жемчужина» (ООО ДСОК «Жемчужина»), расположенному по адресу: 353456, г-к. Анапа, Пионерский проспект, 253, (далее – «Оператор»), на осуществление следующих действий:

1. Фото- и видеосъемка (получение изображения):

Я даю согласие на проведение в течение всего периода пребывания моего несовершеннолетнего ребенка (подопечного) в ООО ДСОК «Жемчужина» фотосъемки, видеозаписи, а также иных способов фиксации его изображения и голоса в ходе занятий, мероприятий, процедур, прогулок и иной деятельности, связанной с пребыванием в оздоровительном комплексе.

2. Обработка персональных данных (изображения):

Я даю согласие на автоматизированную и неавтоматизированную обработку предоставленных Оператору моих персональных данных и персональных данных моего несовершеннолетнего ребёнка (подопечного), а именно — его изображения (включая фотографические изображения, видеозаписи и их фрагменты), а также фамилии, имени и возраста/года рождения ребенка, исключительно в целях, указанных в настоящем согласии. Под обработкой персональных данных я понимаю следующие действия: сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение, а также осуществление любых иных действий, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

В рамках обработки изображения Оператор вправе производить следующие действия: кадрирование, цветокоррекцию, тонирование, ретушь, монтаж, создание коллажей, наложение текстовой информации, графических элементов и звукового сопровождения, изменение фона и иные способы обработки для достижения необходимого художественного, информационного или рекламного эффекта.

3. Цели обработки и использования изображения:

Обработка и использование изображения моего несовершеннолетнего ребёнка (подопечного) осуществляются исключительно в следующих целях:

- Информирование общественности о деятельности, услугах и мероприятиях ООО ДСОК «Жемчужина».
- Размещение фотографий и видеороликов на официальном сайте Оператора в сети Интернет
- Публикация материалов на официальных страницах и в группах Оператора в социальных сетях (включая, но не ограничиваясь: «ВКонтакте», «Одноклассники», «Telegram» и других действующих и будущих социальных медиа).
- Создание и распространение рекламных, информационных и презентационных материалов (буклетов, листовок, плакатов, баннеров, проспектов, календарей и иных продуктов).
- Производство и демонстрация рекламных, информационных и новостных видеороликов на телевидении, в интернете и в иных публичных пространствах.
- Освещение деятельности ООО ДСОК «Жемчужина» в средствах массовой информации.

- Формирование положительного публичного имиджа и рекламное продвижение услуг Оператора.

#### 4. Способы распространения изображения:

4.1. Я, как Законный представитель, полностью осознаю и соглашаюсь с тем, что:

- После публикации материалов (фотографий, видеороликов) в открытых источниках, включая официальный сайт и страницы в социальных сетях, они могут быть скопированы, распространены или использованы третьими лицами (другими пользователями интернета).
- Организация не несет ответственности и не может контролировать дальнейшее распространение и использование опубликованных материалов такими третьими лицами после их первоначального размещения в открытом доступе.

4.2. Я понимаю, что отзыв данного согласия не имеет обратной силы. Отзыв согласия распространяется только на будущие действия Организации по использованию изображения. Организация не обязана изымать, удалять или прекращать использование материалов, которые были обнаружены и опубликованы до момента получения моего отзыва.

4.3. Я информирован(а), что после размещения материалов на сторонних цифровых платформах (социальные сети, видеохостинги и т.д.), их использование может дополнительно регулироваться пользовательскими соглашениями и политиками конфиденциальности этих платформ. Организация не несет ответственности за действия этих платформ и их пользователей в отношении опубликованных материалов.

#### 5. Подтверждения и права:

Я подтверждаю, что действую добровольно, в собственных интересах и в интересах представляемого мной несовершеннолетнего. Мне разъяснены мои права согласно действующему законодательству РФ. Я понимаю смысл и последствия предоставления данного согласия.

Я оставляю за собой право отозвать настоящее согласие полностью или частично в любое время путем направления мной письменного заявления по юридическому адресу Оператора заказным письмом с уведомлением о вручении. Отзыв согласия вступит в силу с даты, указанной в моем заявлении, но не ранее момента его получения Оператором. Оператор обязан прекратить обработку изображения и уничтожить его в срок, не превышающий 30 (тридцати) дней с даты поступления отзыва, за исключением случаев, когда Оператор вправе продолжить обработку без моего согласия при наличии оснований, предусмотренных законодательством РФ.

Настоящее согласие составлено в двух экземплярах: один остается у Родителя (законного представителя), один передается Оператору.

\_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )  
(Подпись) (Расшифровка подписи, Ф.И.О. законного представителя)