

Государственное бюджетное учреждение Ростовской области
«Городская больница скорой медицинской помощи» в г.Ростове-на-Дону

П Р И К А З

25.09.2026г

г.Ростов-на-Дону

№337

О внесении дополнительных
форм согласия в приказы по
больнице от 23.07.2026г. №№266,
267 и 268

В дополнение к приказам по больнице от 23.07.2026г. №266 «Об утверждении формы договора на оказание платных немедицинских услуг», №267 «Об утверждении типовой формы договора на оказание платных медицинских услуг, оказываемых населению в стационаре» и №268 «Об утверждении типовой формы договора на оказание платных медицинских услуг, оказываемых населению вспомогательными лечебно-диагностическими отделениями»,

П Р И К А З Ы В А Ю:

1. Утвердить формы «Информированного добровольного согласия на получение платных медицинских услуг» и «Согласие на обработку персональных данных представителя пациента» согласно приложению.

2. Заведующим коечных и вспомогательных лечебно-диагностических отделений принять к исполнению настоящий приказ и обеспечить постоянный контроль за правильностью оформления документации при оказании платных медицинских и немедицинских услуг.

3. Начальнику отдела информации Т.В.Лысенко разместить настоящий приказ на сайте больницы.

4. Контроль исполнения настоящего приказа возложить на заместителя главного врача по экономическим вопросам А.С.Палухину.

Главный врач



А.В.Пономарев

**Информированное добровольное согласие
на получение платных медицинских услуг**

Я, _____ (Ф.И.О. гражданина), «___» _____
года рождения, паспорт: серия _____ № _____, выдан «___» _____ г.
_____, зарегистрирован по адресу: _____ (адрес места
жительства гражданина либо законного представителя), даю информированное добровольное
согласие на получение платных медицинских услуг мной или лицом, законным
представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в
_____ (полное наименование медицинской организации).

Я получил/получила от сотрудников ГБУ РО «ГБСМП» в г. Ростове-на-Дону полную
информацию о возможности получения соответствующих видов и объёмов медицинской
помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного
оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы
государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, а
также об альтернативных методах лечения.

Медицинским работником _____ (должность, Ф.И.О.
медицинского работника) в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы
получения платных медицинских услуг, 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 при получении платных медицинских услуг или потребовать
его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных ч. 9 ст. 20
Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в
Российской Федерации».

Сведения о выбранных мной лицах, которым в соответствии с п. 5 ч. 5 ст. 19
Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в
Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья, в
том числе после моей смерти, или состоянии лица, законным представителем которого я
являюсь, в том числе после его смерти (ненужное зачеркнуть).

(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

(подпись) (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

(подпись) (Ф.И.О. медицинского работника)

«___» _____ 20__ г.
(дата оформления)

СОГЛАСИЕ

на обработку персональных данных представителя пациента

Я, _____
(Ф.И.О. субъекта персональных данных), «___» _____ года рождения, проживающий по адресу: _____, паспорт: серия _____ № _____, выдан «___» _____ г. _____, руководствуясь ст. ст. 9, 10 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», даю согласие ГБУ РО «ГБСМП» в г. Ростове-на-Дону, 344068, г. Ростов-на-Дону, ул. Бодрая, зд. 88/35 (далее - Оператор) в целях оказания мне медицинских услуг на обработку моих персональных данных с использованием средств автоматизации, а именно на сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Данное согласие действует в отношении следующих персональных данных: фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения, адрес места жительства, телефон, адрес электронной почты, данные паспорта (или иного документа удостоверяющего личность).

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие полностью или частично по моей инициативе на основании личного письменного заявления, в том числе и в случае ставших мне известных фактов нарушения моих прав при обработке персональных данных. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Учреждение обязано прекратить их обработку.

Данное согласие вступает в силу со дня его подписания и действует до момента отзыва.

_____/_____
(подпись) (Ф.И.О.) «___» _____ г.

Согласие получено «___» _____ г.

Уполномоченный представитель медицинской организации:

_____ (должность)

_____/_____
(подпись) (Ф.И.О.)