

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА
о предоставлении сведений, составляющих врачебную тайну, третьим лицам**

Я, Пациент (законный представитель Пациента)

получил(а) разъяснения и уведомлен(а) до начала оказания медицинских услуг о том, что конфиденциальными сведениями (сведениями, составляющими врачебную тайну) являются:

- ✓ информация о факте обращения за медицинской помощью;
- ✓ состоянии здоровья Пациента;
- ✓ диагнозе его заболевания;
- ✓ иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении.

Также я, Пациент (законный представитель Пациента), получил(а) разъяснения и уведомлен(а), что указанные конфиденциальные сведения могут быть разглашены с моего личного согласия в виде передачи другим гражданам, в том числе должностным лицам и административно-управленческому персоналу исполнителя медицинских услуг, в интересах обследования и лечения Пациента, для оценки качества оказанных медицинских услуг, для проведения научных исследований, публикаций в научной литературе, использования этих сведений в учебном процессе и в иных целях.

В связи с чем, согласно ст. 13 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», и в соответствии с моей волей добровольно

_____ (*выражаю свое согласие / или отказываюсь (нужное вписать)*) на предоставление (раскрытие) информации о себе (представляемом мной лице) третьим лицам, а именно: руководителю данной медицинской организации, главному врачу, администраторам (регистраторам), кассирам, медицинским сестрам, а также представителям врачебной комиссии по оценке качества медицинской помощи данной медицинской организации, а в случае необходимости проведения независимой оценки качества оказанных мне (представляемому мной лицу) медицинских услуг (проведения независимой медицинской экспертизы) – представителям экспертных учреждений.

В перечень информации, предоставляемой третьим лицам, входят:

- 1) информация о факте обращения за медицинской помощью;
- 2) информация о состоянии здоровья Пациента;
- 3) информация о диагнозе заболевания, тяжести заболевания и возможных исходах;
- 4) информация о методах исследований и их результатах;
- 5) информация о назначенном и проведенном лечении.

Помимо этого я, Пациент (законный представитель Пациента), получил(а) разъяснения и уведомлен(а), что медицинская организация имеет право без согласия Пациента (законного представителя Пациента) предоставить сведения, составляющие врачебную тайну, в следующих случаях:

1) в целях проведения медицинского обследования и лечения гражданина, который в результате своего состояния не способен выразить свою волю, с учетом положений пункта 1 части 9 статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (медицинское вмешательство без согласия гражданина, одного из родителей или иного законного представителя допускается, если медицинское вмешательство необходимо по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни человека и если его состояние не позволяет выразить свою волю или отсутствуют законные представители);

2) при угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений;

3) по запросу органов дознания и следствия, суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством, по запросу органов прокуратуры в связи с осуществлением ими прокурорского надзора, по запросу органа уголовно-исполнительной системы в связи с исполнением уголовного наказания и осуществлением контроля за поведением условно осужденного, осужденного, в отношении которого отбывание наказания отсрочено, и лица, освобожденного условно-досрочно;

3.1) в целях осуществления уполномоченными федеральными органами исполнительной власти контроля за исполнением лицами, признанными больными наркоманией либо потребляющими наркотические средства или психотропные вещества без назначения врача либо новые потенциально опасные психоактивные вещества, возложенной на них при назначении административного наказания

судом обязанности пройти лечение от наркомании, диагностику, профилактические мероприятия и (или) медицинскую реабилитацию;

4) в случае оказания медицинской помощи несовершеннолетнему в соответствии с пунктом 2 части 2 статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (несовершеннолетнего больного наркоманией при оказании ему наркологической помощи или при медицинском освидетельствовании несовершеннолетнего в целях установления состояния наркотического либо иного токсического опьянения (за исключением установленных законодательством Российской Федерации случаев приобретения несовершеннолетними полной дееспособности до достижения ими восемнадцатилетнего возраста), а также несовершеннолетнему, не достигшему возраста пятнадцати лет, или больному наркоманией несовершеннолетнему в возрасте до шестнадцати лет, для информирования одного из его родителей или иного законного представителя;

5) в целях информирования органов внутренних дел о поступлении пациента, в отношении которого имеются достаточные основания полагать, что вред его здоровью причинен в результате противоправных действий;

6) в целях проведения военно-врачебной экспертизы по запросам военных комиссариатов, кадровых служб и военно-врачебных (врачебно-летных) комиссий федеральных органов исполнительной власти, в которых федеральным законом предусмотрена военная и приравненная к ней служба;

7) в целях расследования несчастного случая на производстве и профессионального заболевания, а также несчастного случая с обучающимся во время пребывания в организации, осуществляющей образовательную деятельность;

8) при обмене информацией медицинскими организациями, в том числе размещенной в медицинских информационных системах, в целях оказания медицинской помощи с учетом требований законодательства Российской Федерации о персональных данных;

9) в целях осуществления учета и контроля в системе обязательного социального страхования;

10) в целях осуществления контроля качества и безопасности медицинской деятельности в соответствии с настоящим Федеральным законом.

Я удостоверяю, что текст данного Согласия мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, я имел(а) возможность задать лечащему врачу и другим лицам медицинской организации все вопросы относительно сути и значения данного документа, получил(а) все ответы на вопросы и уведомлен(а), что настоящее Согласие может быть отозвано мной для прекращения предоставления (раскрытия) информации о состоянии моего здоровья, составляющей врачебную тайну, в любое время путем подачи письменного заявления в адрес медицинской организации.

Настоящий документ является неотъемлемой частью медицинской карты и действует в течение 5 (пяти) лет с момента заведения медицинской карты, если не будет отозвано Пациентом (законным представителем пациента) ранее.

Мне, Пациенту (законному представителю Пациента), все разъяснено и понятно.

Пациент: _____ (_____
(подпись) (фамилия, инициалы)

Представитель Пациента: _____ (_____
(подпись) (фамилия, инициалы)

Лечащий врач: _____ (специализация)

_____ (_____
(подпись) (фамилия, инициалы)