

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

Я,

(Ф.И.О. гражданина, год рождения)

(документ, удостоверяющий личность, серии, номер, дата выдачи)

даю согласие на проведение мне, в ООО «Никсор Клиник» нижеперечисленных видов медицинских вмешательств:

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;

Исследования 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, пикфлоуметрия, реоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных);

Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и

рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования;

Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно,

подкожно, внутривожно;

Медицинский массаж;

Лечебная физкультура.

Медицинским работником _____

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

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 выше перечисленных медицинских вмешательств или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев:

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

в отношении лиц, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих;

в отношении лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами;

в отношении лиц, совершивших общественно опасные деяния (преступления);

при проведении судебно-медицинской экспертизы и (или) судебно-психиатрической экспертизы.

Сведения о выбранных мною лицах, которым может быть передана информация о состоянии моего

здоровья

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

16.09.2026 г.

_____/ Подпись гражданина

_____/ _____ Подпись медицинского работника

Заявление пациента на обработку его персональных данных.

Я,

(Ф.И.О)

(документ, удостоверяющий личность, серии, номер, дата выдачи)

В соответствии с Федеральным законом от 27.07. 2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие в ООО «Никсор Клиник», расположенный по адресу: Московская область, г. Долгопрудный, ул. Нагорная дом 9, на обработку (сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передачу (на законных основаниях)) в устном, письменном, электронном виде

моих персональных данных, а именно:

1. Фамилия, Имя, Отчество, дата рождения;
2. Паспортные данные;
3. Адрес места работы (службы)
4. Контактные телефоны, в том числе родственников;
5. Реквизиты полиса медицинского страхования;
6. Сведения о наличии льгот;
7. Данные о состоянии здоровья.

В целях оказания медицинских услуг, оперативного и достоверного получения учетной и отчетной информации о пациентах с применением средств автоматизации, поддержания связи со мной лечащим врачом, информирования о дате и времени приема, изменении времени приема.

Я утверждаю, что ознакомлен с документами организации, устанавливающими порядок обработки персональных данных, а также с моими правами и обязанностями в этой области. Согласие вступает в силу со дня его подписания и действует в течение неопределенного срока. Согласие может быть отозвано мною в любое время на основании моего письменного заявления

16.09.2026 г.

/Подпись

Расшифровка