

## ЗАЯВЛЕНИЕ ПАЦИЕНТА

*ФИО, дата рождения, адрес проживания, адрес регистрации, реквизиты документа, удостоверяющего личность:  
серия и номер, дата выдачи, орган выдачи, контактный телефон и адрес электронной почты*

*далее по тексту – «Пациент»*

Пациент в целях надлежащего оказания медицинских услуг на территории Российской Федерации **предоставляет АО «ЕМЦ» согласие на обработку персональных данных** (сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение), в том числе: фамилии, имени, отчества, контактных данных, и их трансграничной передачи в том числе номера телефона, адреса электронной почты, адреса проживания и регистрации, врачебной тайны сроком на период хранения медицинской документации в целях соблюдения требований Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 № 736, Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», Общего регламента по защите данных Европейского Союза 2016/679 от 27.04.2016. а также в целях улучшения качества обслуживания Пациентов и проведения маркетинговых программ, статистических исследований при условии соблюдения режима конфиденциальности. Пациент **предоставляет АО «ЕМЦ» согласие на направление ему информационных сообщений** по вопросам, связанным с оказанием медицинских услуг, в том числе, но не исключительно: о подтверждении, отмене, изменении даты и времени записи на прием к врачу, о готовности результатов исследований и анализов.

**Пациент вправе отозвать свое согласие на обработку персональных данных** посредством передачи АО «ЕМЦ» лично под расписку соответствующего письменного заявления на бумажном носителе. Если заявление направляется по почте или передается в АО «ЕМЦ» иным образом, то подлинность подписи на нем должна быть нотариально засвидетельствована.

Пациент, подписавшим настоящего Заявления Пациента, обязуется соблюдать Оферту № 1 о заключении договора на оказание медицинских услуг от 01.09.2023 в части порядка оказания медицинских услуг и поведения на территории АО «ЕМЦ».

### ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ:

1. Назначить третье лицо моим представителем в АО «ЕМЦ»: ДА/НЕТ  
(подчеркнуть нужное)

Пациент предоставляет согласие АО «ЕМЦ» на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, следующему третьему лицу (при условии предоставления им документа, удостоверяющего личность):

*ФИО, дата рождения, адрес проживания, адрес регистрации, реквизиты документа, удостоверяющего личность:  
серия и номер, дата выдачи, орган выдачи, контактный телефон и адрес электронной почты*

Пациент обязан уведомить вышеуказанное лицо о передаче его персональных данных АО «ЕМЦ».

2. Предоставлять мои персональные данные дистанционно при указании кодового слова:  
ДА/НЕТ  
(подчеркнуть нужное)

Пациент предоставляет согласие на предоставление АО «ЕМЦ» своих персональных данных, в том числе сведений, составляющих врачебную тайну, любому лицу при условии сообщения фамилии, имени, отчества, даты рождения Пациента, а также его кодового слова. Такие сведения могут быть предоставлены также посредством использования любых видов связи, в том числе, но не исключительно: телефонной и электронной связи.

3. Пациент, подписывая Заявление пациента, предоставляет согласие на направление ему по контактными данным, указанным в настоящем Заявлении, иных документах, медицинской/финансовой/ознакомительной информации, в том числе: результатов медицинских исследований (результаты анализов), медицинских отчетов, информационных сообщений, связанных с оказанием медицинских услуг в АО «ЕМЦ» или персональными рекомендациями и именными предложениями, сформированными на основании медицинских данных или финансовых данных Пациента, путем направления сообщений по адресу электронной почты, push-уведомлениями через сервисы АО «ЕМЦ» или по SMS, а также посредством мессенджеров WhatsApp, Telegram.

Пациент, подписывая Заявление пациента, вправе отказаться от направления ему информации, указанной в абз. 1 п. 3 Дополнительных условий, написав в конце настоящего абзаца: «Не согласен» или «Отказываюсь» и поставив подпись. Также Пациент вправе в любой момент после подписания Заявления пациента отказаться от получения данной информации, направив соответствующее заявление в произвольной форме в адрес АО «ЕМЦ».

4. Пациент, подписывая Заявление пациента, предоставляет согласие на направление ему по контактными данным, указанным в настоящем Заявлении, иных документах, рассылки рекламных предложений АО «ЕМЦ» путем направления сообщений по адресу электронной почты, push-уведомлениями через сервисы АО «ЕМЦ» или по SMS, а также посредством мессенджеров WhatsApp, Telegram.

Пациент, подписывая Заявление пациента, вправе отказаться от направления ему информации, указанной в абз. 1 п. 4 Дополнительных условий, написав в конце настоящего абзаца: «Не согласен» или «Отказываюсь» и поставив подпись. Также Пациент вправе в любой момент после подписания Заявления пациента отказаться от получения данной информации, направив соответствующее заявление в произвольной форме в адрес АО «ЕМЦ».

### ИНФОРМИРОВАНИЕ

Пациент осведомлен, что медицинские услуги, оказываемые по страховой программе медицинского страхования, оплачиваются заказчиком (Страховой компанией) в соответствии со страховой программой Пациента. Услуги, которые не покрываются Страховой компанией по любым основаниям и причинам, **оплачиваются Пациентом отдельно по действующему Прейскуранту АО «ЕМЦ»** на условиях действующей в такой момент оферты на оказание медицинских услуг.

Пациент ознакомлен с правилами внутреннего распорядка в АО «ЕМЦ», размещенными на информационных стендах в медицинских центрах.

Пациент проинформирован о возможности получения медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий Российской Федерации бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Пациент проинформирован об условиях основного электронного взаимодействия, основных возможностях и функциях Сервиса АО «ЕМЦ» «Личный Кабинет» (доступно только на русском языке), который действует согласно Соглашению об использовании информационных сервисов и получил доступ к преактивированному профилю или одноразовый код активации, который необходимо указать в разделе Личного кабинета «Настройки-Права клиник» для получения медицинской информации от АО «ЕМЦ».

### КОД АКТИВАЦИИ:

## ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

В соответствии со статьей 20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» Пациент даёт добровольное согласие на проведение в случае необходимости следующих медицинских вмешательств со стороны АО «ЕМЦ»:

- 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.
- Исследование 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, рээнцефалография, 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, внутрикочно.
- Медицинский массаж.
- Лечебная физкультура.

АО «ЕМЦ» в доступной для Пациента форме 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. Пациенту разъяснено, что он имеет право отказаться от одного или нескольких вышеизложенных видов медицинских вмешательств.

**Пациент проинформирован, что в его интересах сообщить медицинскому работнику обо всех имеющихся у него заболеваниях и проблемах со здоровьем, аллергических реакциях и индивидуальной непереносимости лекарств, о наличии в прошлом или в настоящее время инфекционного гепатита, туберкулеза, венерических заболеваний (в том числе сифилиса и ВИЧ-инфекции), а также о злоупотреблении алкоголем и/или пристрастии к наркотическим препаратам.**

---

Подпись Пациента

---

Медицинский работник АО «ЕМЦ» Е.В. Жиляев