Общество с ограниченной ответственностью
«Лечебно-диагностический комплекс «Центр ДНК»
г. Курган, ул. Советская 119, тел 22-22-33
www.dnkcentr.ru dnkcentr@dnkcentr.ru

Согласие на обработку персональных данных

Заполнять необходимо печатными буквами!

ФИО_____

Дата рождения: _____Документ, удостоверяющий личность: паспорт

Серия_____ Номер _____ код подразделения_____

Дата выдачи: __.____ Кем выдан:_____

Адрес_регистрации_____

(адрес регистрации, указанный в паспорте)

Адрес_проживания:_____

(фактический адрес проживания)

_____

Конт.телефон:_____

Место_работы: _____

Даю согласие на получение смс-сообщения с данными результата моего анализа ☐ ☐

ДА **НЕТ**

В соответствии со ст. 9 ФЗ РФ от 27.07.2006 г. №152-ФЗ «О персональных данных» своей волей и в своем интересе выражаю согласие ООО «ЛДК «Центр ДНК» (г. Курган, ул. Советская, 119) (далее Оператор) на автоматизированную и неавтоматизированную обработку моих персональных данных: Фамилия, имя, отчество; дата рождения; пол; место рождения; место жительства; адрес фактический; паспортные данные; место работы; контактный телефон; гражданство; e-mail; результаты анализов; результаты УЗИ; данные диагностики; диагноз, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение, извлечение, использование, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение, передачу (ООО "НСГ "Росэнерго" (г. Тюмень, ул. Республики, 162); Филиал ПАО СК "Росгосстрах" в Курганской области (г. Курган, ул. К. Мяготина, 97Б); ООО "Единый медицинский сервис" (Московская область, Одинцовский район, рабочий поселок Заречье, Торговая улица, дом 5, строение 1); ООО "Импульс" (г. Курган, ул. Карельцева, 105); ПАО СК "Росгосстрах" (г. Москва, ул. Большая Ордынка, д. 40, корп. 3); ООО РОЦ "Ариадна" (г. Курган, ул. Бурова-Петрова, 120, стр. 23); ООО "МЦ "Здоровье" (г. Курган, ул. 1 Мая, 21/1);; ООО "МЕДИС-А" (г. Курган, ул. Куйбышева, 131/II); ОАО "Страховое общество газовой промышленности" (г. Москва, проспект Академика Сахарова, 10); ООО "Экспресс Ассист Центр" (г. Москва, Радиальная 11-я улица, дом 2, пом 1 комн.27); СПАО "РЕСО-Гарантия" (г. Курган, ул. К. Маркса, 107); АО "ГУТА - Страхование" (г. Москва, переулок Орликов, 5 стр.3); ООО "Страховая компания "ВСК-Милосердие" (г. Ижевск, ул. Бородина, 21); САО "Экспресс Гарант" ОАО (г. Екатеринбург, ул. Восточная, 7Д); АО "Московская акционерная страховая компания" (г. Москва, улица Ордынка М., 50); ООО "Страховая Компания "Согласие" (г. Курган, ул. К. Мяготина, 78); САО "Военно-страховая компания" (г. Курган, ул. Володарского, 65); ЗАО "Страховая группа "УралСиб" (г. Курган, ул. М. Горького, 41); Страховое публичное акционерное общество "Ингосстрах" (г. Курган, ул. Красина, 53); ООО "ВТБ Медицинское Страхование" (г. Москва, Южнопортовый 2-й проезд, дом 27а строение 1); ОАО "АльфаСтрахование" (г. Курган, ул. К. Мяготина, 78); ООО "Инвитро" (г. Курган, ул. Красина, 54); НУЗ "Отделенческая больница на ст. Курган ОАО "РЖД" (г. Курган, ул. Проходная, 6); ООО СК «Любимый город» (г. Курган, ул. Советская, 119); ООО НУЗ СК «Неболит» (г. Курган, ул. Советская, 119); ООО «Центр ДНК (г. Курган, ул. Советская, 119), Роспотребнадзор) персональных данных

с целью оказания квалифицированной медико-профилактической, консультативно-диагностической и лечебной помощи населению в амбулаторных, стационарных условиях и на дому.

Настоящее согласие на обработку персональных данных дается с момента его подписания на срок хранения документации по пациентам и может быть отозвано путем подачи оператору письменного заявления.

Подтверждаю, что ознакомлен(а) с Положением об обработке и защите персональных данных, права и обязанности в области защиты персональных данных мне разъяснены.

«___» _____ 2020 г. _____/_____

ФИО Подпись

Информированное добровольное согласие пациента на медицинское вмешательство

исследование на наличие новой коронавирусной инфекции SARS – COV – 2 методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) – мазок со слизистых оболочек носа и ротоглотки)

Подготовка к сдаче анализа на коронавирус (COVID-19).

1. Желательно сдавать утром (натощак), не чистить зубы, не полоскать рот.
2. За 3-4 часа до тестирования запрещается:
   – полоскать рот дезинфицирующими растворами,
   – использовать антисептические таблетки,
   – использовать спрей для носа или горла,
   – промывать нос и использовать капли для носа.
3. Необходимо воздержаться от приема пищи в течение 3-4 часа до начала исследования.
4. Необходимо отказаться от курения за 2 часа до сдачи биоматериала.
5. Отказаться от приема алкоголя за 24 часа до сдачи анализа.
6. Если носоглотка и/или ротоглотка заполнена слизью, непосредственно перед процедурой рекомендуется провести высмаркивание.

Я, _____ дата рождения _____

ФИО

- даю информированное добровольное согласие для проведения мне исследования на наличие новой коронавирусной инфекции SARS – COV – 2 методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) – взятие мазка со слизистых оболочек носа и ротоглотки) медицинским работником

_____

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

Настоящим подтверждаю, что мне в полной мере в доступной форме разъяснены правила проведения тестирования на наличие новой коронавирусной инфекции, а именно:

Я проинформирован о том, что анонимное тестирование в ООО ЛДК «Центр ДНК» не проводится. В случае получения положительного результата на наличие новой коронавирусной инфекции информация об этом будет незамедлительно передана в органы Роспотребнадзора и в поликлинику по адресу моего проживания согласно требованиям действующего законодательства, а дальнейшие действия по изоляции и организации обследования определяются санитарным врачом.

Я проинформирован о методе забора биологического материала на исследование: материал забирается путем взятия мазка со слизистой оболочки носа и ротоглотки с размещением в одной пробирке с транспортной средой. Тестирование проводится методом полимеразной цепной реакции на наличие РНК новой коронавирусной инфекции SARS- COV -2.

Я проинформирован о том, что для обсуждения анализа я должен обратиться к лечащему врачу, а также о том, что результат анализа отражает состояние на момент взятия биоматериала на исследование.

Я предупрежден, что в случае предоставления ложных сведений о состоянии моего здоровья, связанных с возможным наличием инфекционного заболевания инфекцией COVID –19 (повышение температуры тела, кашель, насморк, боль в горле, затруднение дыхания, слабость, боль в мышцах, тошнота и рвота), повлекших за собой угрозу распространения новой коронавирусной инфекции я буду нести ответственность в соответствии с действующим Кодексом об административных правонарушениях Российской Федерации и Уголовным кодексом Российской Федерации.

Настоящим даю согласие на отправку мне результатов обследования, в том числе моих персональных данных и сведений в отношении меня, составляющих врачебную тайну по открытым каналам связи сети Интернет, телефонной связи , на адрес электронной почты _____.

Я подтверждаю, что имел достаточное время для ознакомления с предоставленной мне информацией, информация в Информированном добровольном согласии мной прочитана и мне понятна, я получил ответы на все имевшиеся у меня вопросы, связанные с проведением данного исследования.

_____	(_____)	_____
Подпись обследуемого лица (пациента)	ФИО обследуемого лица	дата

_____	(_____)	_____
Подпись медицинского работника (медсестра или врач)	ФИО мед. работника (медсестра или врач)	дата