ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ
С ОБЩИМ ПЛАНОМ ОБСЛЕДОВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ, НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я,_____, находясь на лечении
фамилия, имя, отчество

(обследовании) в ООО « Клиника эстетической медицины» ознакомлен (а) моим лечащим врачом _____
фамилия, имя, отчество

_____ с намеченным мне общим планом обследования и лечения. Лечащим врачом мне лично были разъяснены цель, характер, объем планируемого обследования, а также способы его проведения.

Я ознакомлен (а) с планом предполагаемого медикаментозного лечения и действием лекарственных препаратов, с возможными изменениями медикаментозной терапии в случае непереносимости тех или иных лекарственных препаратов, изменением состояния здоровья, требующего изменения тактики лечения, а также применением лекарственных препаратов и других методов лечения, которые могут быть назначены врачами-консультантами по согласованию с моим лечащим врачом.

Я уполномочиваю врачей выполнить любую процедуру или дополнительное вмешательство, которое может потребоваться в целях лечения, а также в связи с возникновением непредвиденных ситуаций. Со мной обсуждены последствия отказа от обследования и лечения. Я получил (а) исчерпывающие и понятные мне ответы на вопросы и имел (а) достаточно времени на принятие решения о согласии на предложенное мне обследование и лечение. Подбор и осуществление медикаментозного и других видов лечения доверяю своему лечащему врачу_____.
фамилия, имя, отчество

Сведения о состоянии своего здоровья доверяю _____
фамилия, имя, отчество

Даю согласие на обработку в установленном порядке (ст. 9 Федерального закона «О персональных данных» от 27.07.2006 №152-ФЗ моих персональных данных как с использованием, так и без использования средств автоматизации, сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передачу в правоохранительные органы и учреждения, определенные законодательством Российской федерации.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего согласия.

Данное согласие может быть отозвано мной любыми разрешенными законом способами.

Пациент _____
ф.и.о., подпись пациента либо его доверенного лица

Дата _____