



Медицинский центр «Наука»
Г.Ростов-на-Дону
Ул. Загорская,23а

Печать направившего ЛПУ

НАПРАВЛЕНИЕ №

Дата взятия биоматериала
Дата отправки

		.			.						
		.			.						

**НА ИССЛЕДОВАНИЕ БИОМАТЕРИАЛА (ИЗ НОСОГЛОТКИ РОТОГЛОТКИ)
ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ РНК КОРОНАВИРУСА COVID-19 МЕТОДОМ ПЦР (анализ №400)**

1. Фамилия

2. Паспорт

 №

Имя

Дата выдачи

 -

 -

Отчество

СНИЛС

3.Дата рождения

 -

 -

4. Адрес регистрации места жительства (по паспорту)

5. Адрес фактического места пребывания

6. Место работы, учебы, должность

 Дата последнего посещения

7. Контактный телефон

**Категория
пациента**
(отметить
нужное)

<input type="checkbox"/>	Вернувшийся на территорию РФ
<input type="checkbox"/>	контактный
<input type="checkbox"/>	пневмония

<input type="checkbox"/>	медработник
<input type="checkbox"/>	Медработник контактный
<input type="checkbox"/>	+65 с симптомами вирусной инфекции

<input type="checkbox"/>	Пребывающие в местах постоянного пребывания
<input type="checkbox"/>	С признаками ОРВИ
<input type="checkbox"/>	Повышенная t за последние 14 дней

<input type="checkbox"/>	Контроль излеченности
--------------------------	-----------------------

Температура пациента на момент сдачи анализа _____ Дата заболевания: _____

ФИО мед.работника, выполнившего забор материала

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)
" _____ " _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу: _____

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)
даю 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, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082) (далее - Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи / получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в

Общество с ограниченной ответственностью «Наука» (ООО «Наука»)
(полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником _____
(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме 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 медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2012, N 26, ст. 3442, 3446).

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть),

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

_____ (подпись) _____ (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

_____ (подпись) _____ (Ф.И.О. медицинского работника)

" _____ " _____ г. М.П. врача _____
(дата оформления)

Информированное добровольное согласие субъекта персональных данных на обработку его персональных данных

г. Ростов-на-Дону _____ 20__ г.

_____ (ф.и.о. субъекта)

_____ (адрес места жительства субъекта)
_____ (номер телефона субъекта)

Паспорт № _____ серия _____ Выдан _____ дата выдачи _____, именуемый в дальнейшем «Субъект», и его законный представитель

_____ (ф.и.о. его законного представителя субъекта)

_____ (адрес места жительства его законного представителя субъекта)

_____ (номер телефона законного представителя субъекта)

Паспорт № _____ серия _____ Выдан _____ дата выдачи _____, реквизиты доверенности или иного документа, подтверждающего полномочия этого представителя (при получении согласия от представителя субъекта персональных данных), _____ именуемый в дальнейшем «представитель субъекта», даю информированное

добровольное согласие на обработку моих персональных данных и персональных данных моего представляемого оператору обработки Непубличному акционерному обществу «Наука» (НАО «Наука»), расположенному и зарегистрированному по адресу: 344034, г. Ростов-на-Дону, ул. Загорская 23а, действующему на основании Устава, Свидетельства о внесении записи в Единый государственный реестр юридических лиц с присвоением Основного государственного регистрационного номера 1186196008283, ИНН 6162078107, Лицензия № ЛО-61-01-007733 от 05. 06. 2020, выданной Министерством здравоохранения Ростовской области, расположенному по адресу: 344029, г. Ростов-на-Дону, ул. 1-й Конной Армии, д.33, тел. 8(863)242-41-09 в лице генерального директора Шкурат Татьяны Павловны, именуемое в дальнейшем «Оператор», медицинской организации, в которой субъект сдает биоматериал, страховой компании субъекта, ТФОМС, с целью охраны моего здоровья, оказания и оплаты медицинских услуг, в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ (ред. От 21.07.2014) «О персональных данных» (с изм. и доп., вступ. В силу с 01.09.2015).

Перечень персональных данных, на совершение которых дается согласие субъекта персональных данных: фамилия, имя, отчество, дата рождения, возраст, адрес места жительства, номер телефона, номер, серия, кем и когда выдан паспорт субъекта, физиологическая информация субъекта, фамилия, имя, отчество, адрес места жительства, номер телефона, номер, серия, кем и когда выдан паспорт представителя субъекта.

Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие, общее описание используемых оператором способов обработки персональных данных:

обработка персональных данных - любое действие (операция) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Срок, в течение которого действует согласие субъекта персональных данных, а также способ его отзыва, если иное не установлено федеральным законом: 75 лет.

«Субъект» согласен на получение результатов исследования по электронной почте при наличии в запросе персональных данных субъекта (ф.и.о.) и регистрационного номера.

«Да» _____ «Нет» _____

_____ подпись субъекта _____ подпись субъекта

Мой номер телефона _____ является моим личным идентификатором для подтверждения моей личности при получении ответов анализов по телефону.

Подпись субъекта _____

Подпись законного представителя _____