

ЗГОДА
законного представника неповнолітньої особи, яка досягла 14 років

ПІБ пацієнта: _____

Адреса мешкання (адреса реєстрації) пацієнта: _____

Дата народження пацієнта: _____

Вік пацієнта: _____

Стать пацієнта: _____

Я, (законний представник пацієнта) _____
(прізвище ім'я та по батькові законного представника)

_____ (серія номер паспорта, номер телефону, ідентифікаційний код законного представника)

представляю інтереси пацієнта _____
(прізвище ім'я та по батькові пацієнта інтереси якого представляються)

даю свою добровільну згоду на проведення особи, інтереси якої я представляю, ультразвукового дослідження (молочної залози, органів черевної порожнини, органів малого тазу, органів калитки, нирок та сечового міхура, передміхурової залози, щитоподібної залози, скоротливій здатності жовчного міхура, статевого члена, вагітності, м'яких тканин, серця, судин верхніх/нижніх кінцівок, брахіоцефальних судин та їх дуплексного дослідження _____
(необхідне дослідження підкреслити)

Я одержав (-ла) у структурному підрозділі (відділенні) діагностичного центру Товариства з обмеженою відповідальністю «Смартлаб» інформацію про суть та мету даного ультразвукового дослідження, про те, що воно не супроводжується рентгенівським випромінюванням, про альтернативні методи діагностики і переваги саме ультразвукового дослідження. Я довіряю лікарям з ультразвукової діагностики проводити ультразвукові дослідження особі, інтереси якої я представляю, у відділенні ТОВ «Смартлаб». Також я підтверджую, що мене було проінформовано щодо обладнання, яке використовується у відділенні ТОВ «Смартлаб» для проведення ультразвукової діагностики.

Я підтверджую, що ознайомлений(-а) з Прейскурантом платних медичних послуг ТОВ «Смартлаб», що діє на дату надання медичної або іншої послуги та даю згоду на оплату наданих ТОВ «Смартлаб» послуг особисто особою, інтереси якої я представляю, відповідно до цін діючих на момент оформлення замовлення медичної послуги.

Я підтверджую, що за заподіяний особою, інтереси якої я представляю, матеріальний збиток будь-якому майну ТОВ «Смартлаб» (знищення, псування, пошкодження і так далі), розмір збитку мною буде відшкодований у розмірі витрат, які понесло ТОВ «Смартлаб» або у розмірі витрат які будуть понесені в зв'язку з придбанням, відновленням або ремонтом даного майна.

Мені було роз'яснено, що обробка моїх (особи, інтереси якої я представляю) персональних даних необхідна з метою охорони здоров'я, такі дані підлягають обробці медичним працівником або іншою особою діагностичного центру ТОВ «Смартлаб», на якого покладено обов'язки щодо забезпечення захисту персональних даних та на якого поширюється законодавство про лікарську таємницю. Також мене було поінформовано, що можлива передача моїх (моєї дитини) персональних даних третім особам з метою охорони здоров'я (керуючись пунктом 6 частини 2 статті 7 Закону України «Про захист персональних даних») та у інших випадках передбачених чинним законодавством України.

Я підтверджую, що був (-ла) поінформований (-на) про ведення аудіо запису у приміщеннях ТОВ «Смартлаб» та використання аудіо відео записуючої апаратури та надав (-ла) згоду на зйомку та аудіо запис особи, інтереси якої я представляю під час перебування її на території приміщень ТОВ «Смартлаб». Підписанням цього документа, я також надаю свою згоду на особисту видачу протоколів ультразвукових досліджень, особі, інтереси якої я представляю, без моєї присутності або присутності іншого законного представника. Також я підтверджую, що не буду мати жодних претензій до ТОВ «Смартлаб» у випадку, якщо _____,

_____ (прізвище ім'я та по батькові пацієнта інтереси якого представляються)

отримує від працівників ТОВ «Смартлаб» будь-яку інформацію, що стосується стану його здоров'я.

Я підтверджую, що вказані мною у згоді /моє та особи інтереси якої я представляю прізвище/ ім'я та по-батькові відповідають даним документам, що посвідчують особу.

Справжня згода дана мною, _____, я згодний(а) із ультразвуковим дослідженням та з іншими діями ТОВ «Смартлаб», що обумовлені змістом тексту даної інформованої згоди.

(П.І.Б. представника пацієнта)

(дата)

(підпис)

« _____ » _____ 20 ____ року