

ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
БРЯНСКОЙ ОБЛАСТИ

П Р И К А З № 481

от «14» 05 2020г.

г. Брянск

«О внесении изменений в приказ департамента здравоохранения № 482 от 07.05.2020г. «О порядке выписки из стационара пациентов с новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), для продолжения лечения в амбулаторных условиях»

В соответствии с Положением о департаменте здравоохранения Брянской области, утвержденным Указом Губернатора Брянской области от 29 января 2013 года № 76, в целях совершенствования доступности и качества оказания медицинской помощи пациентам с новой коронавирусной инфекцией (COVID-19) ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Внести в приказ департамента здравоохранения Брянской области № 482 от 07.05.2020г. «О порядке выписки из стационара пациентов с новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), для продолжения лечения в амбулаторных условиях» следующие изменения:

1.1. Абзац 2 Приложения № 2 к приказу департамента здравоохранения Брянской области № 482 от 07.05.2020г. «О порядке выписки из стационара пациентов с новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), для продолжения лечения в амбулаторных условиях» читать в следующей редакции:

Лечащим врачом _____
(Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме разъяснено, что **мне запрещено покидать жилое помещение после подписания настоящего Соглашения** на срок, который будет установлен в ходе лечения, в связи с чем я даю добровольное согласие на продолжение лечения в амбулаторных условиях и соблюдение режима изоляции на дому
по адресу _____

2. Руководителям медицинских организаций, подведомственным департаменту здравоохранения Брянской области, обеспечить работу в соответствии с настоящим приказом.

3. Приказ вступает в силу в порядке, установленном действующим законодательством, и подлежит официальному опубликованию.

4. Контроль исполнения приказа оставляю за собой.

Директор



А.Н. Бардуков

Добровольное согласие на лечение (продолжение лечения) новой
коронавирусной инфекции (COVID-19) в амбулаторных условиях и
соблюдение режима изоляции

Я, _____, _____ г. рождения,
проживающий по адресу _____,
телефон _____

в соответствии с ч.2 ст.22 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах
охраны здоровья граждан в Российской Федерации» проинформирован(-а) лечащим
врачом о возможности лечения (продолжения лечения) коронавирусной инфекции
(COVID-19) в амбулаторных условиях в связи с положительной динамикой заболевания
Лечащим врачом _____

(Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме разъяснено, что **мне запрещено покидать жилое
помещение после подписания настоящего Согласия** на срок, который будет установлен
в ходе лечения, в связи с чем я даю добровольное согласие на продолжение лечения в
амбулаторных условиях и соблюдение режима изоляции на дому
по адресу _____

(ч.2 ст.6.3 КоАП РФ: нарушение законодательства в области обеспечения санитарно-
эпидемиологического благополучия населения, выразившееся в нарушении действующих
санитарных правил и гигиенических нормативов, невыполнении санитарно-гигиенических
и противоэпидемических мероприятий, при возникновении угрозы распространения
заболевания, представляющего опасность для окружающих, влечет наложение
административного штрафа на граждан в размере от пятнадцати тысяч до сорока тысяч
рублей;

ст.20.6 1 КоАП РФ: невыполнение правил поведения при введении режима повышенной
готовности на территории, на которой существует угроза возникновения чрезвычайной
ситуации влечет предупреждение или наложение административного штрафа на граждан в
размере от одной тысячи до тридцати тысяч рублей; действия (бездействие), повлекшие
причинение вреда здоровью человека или имуществу, либо повторное нарушение влекут
наложение административного штрафа на граждан в размере от пятнадцати тысяч до
пятидесяти тысяч рублей;

или к уголовной ответственности, предусмотренной ст.236 УК РФ:

ч.1 - нарушение санитарно-эпидемиологических правил, повлекшее по неосторожности
массовое заболевание или отравление людей, либо создавшее угрозу наступления таких
последствий наказывается штрафом в размере от пятисот тысяч до семисот тысяч рублей
или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период от одного года
до восемнадцать месяцев, либо ограничением свободы на срок до двух лет, либо
принудительными работами на срок до двух лет, либо лишением свободы на тот же срок;

ч.2 - то же деяние, повлекшее по неосторожности смерть человека, наказывается штрафом
от одного миллиона до двух миллионов рублей или в размере заработной платы или иного
дохода осужденного за период от одного года до трех лет, либо ограничением свободы на
срок от двух до четырех лет, либо принудительными работами на срок от трех до пяти лет,
либо лишением свободы на тот же срок; ч.3 - то же деяние, повлекшее по неосторожности
смерть двух или более лиц, наказывается принудительными работами на срок от четырех
до пяти лет либо лишением свободы на срок от пяти до семи лет).

В соответствии с п.4 ст.9, ст.11 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие на обработку следующих моих персональных данных: фамилия, имя, отчество (при наличии), пол, дата и место рождения, тип, серия и номер основного документа, удостоверяющего личность, сведения о дате выдачи указанного документа и выдавшем его органе, адрес регистрации по месту жительства (пребывания), страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС), контактные данные (номер абонентского устройства подвижной радиотелефонной связи, адрес электронной почты), иные сведения, установленные нормативными правовыми актами Российской Федерации.

Соглашаюсь с тем, что медицинская организация вправе осуществлять автоматизированную обработку персональных данных, указанных в настоящем Согласии, или их обработку без использования средств автоматизации, в том числе с передачей по каналам связи, а также вправе поручить обработку моих персональных данных другому лицу (лицам).

Согласие действует со дня его подписания до дня окончания режима изоляции по решению лечащего врача.

Согласие на обработку моих персональных данных у каждого из операторов может быть отозвано путем личного обращения или направления письменного обращения

Дата

(подпись)

ФИО гражданина

(подпись)

ФИО медицинского работника