

Информированное добровольное согласие на
медицинское вмешательство

Форма

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)
« » _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:
(дата рождения гражданина либо законного представителя)

проживающий по адресу: _____
(адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

В отношении _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)

« » _____ г. рождения, проживающего по адресу:
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

(в случае проживания не по месту жительства 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. № 390н¹ (далее - виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

Медицинским работником _____
(полное наименование медицинской организации)
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) 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. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 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), в том числе после смерти:

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)
« » _____ г.
(дата оформления)

¹ Зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г., регистрационный № 24082.

Информированное добровольное согласие на
медицинское вмешательство

Форма

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)
« » _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:
(дата рождения гражданина либо законного представителя)

проживающий по адресу: _____
(адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

В отношении _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)

« » _____ г. рождения, проживающего по адресу:
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

(в случае проживания не по месту жительства 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. № 390н¹ (далее - виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

Медицинским работником _____
(полное наименование медицинской организации)
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) 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. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 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), в том числе после смерти:

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)
« » _____ г.
(дата оформления)

¹ Зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г., регистрационный № 24082.

Г главному врачу
Санкт-Петербургского
государственного бюджетного учреждения здравоохранения
«Городская поликлиника № 43»
С. А. Родыгину

Согласие на обработку персональных данных несовершеннолетнего

Я, _____, *фамилия, имя, отчество родителя, законного представителя*
_____ *ФИО ребенка полностью*
_____ *несовершеннолетнего*
_____ *Статья родства (отец, мать), законный представитель*
_____ *Дата рождения* _____ № _____
Документ, подтверждающий родство – свидетельство о рождении серия _____
_____ *Г., иной документ*
_____ *Выдано « »* _____, фактически проживает по адресу:

с целью получения *медицинских услуг несовершеннолетним*
_____ в рамках обязательного медицинского страхования
я **ВЫРАЖАЮ СВОЕ СОГЛАСИЕ** на обработку персональных данных моего ребенка: *фамилия, имя, отчество, дата и место рождения, данные свидетельства о рождении ребенка, адреса его проживания и регистрации по месту жительства, номера пенсионного страхового свидетельства, данные медицинского полиса, пола, фактах обращения за оказанием медицинской помощи, состоянии здоровья и диагнозе, иных сведениях, полученных при медицинском обследовании и лечении, медицинские анализы и заключения, в отношении здоровья моего ребенка, иной информации, составляющей врачебную тайну в документах и электронной форме, с возможностью осуществления сбора, систематизации, накопления, хранения, уточнения (обновления, изменения), использования, распространения (в том числе передачи), обезличивания, блокирования, уничтожения персональных данных, автоматизированным и неавтоматизированным способом.*

Настоящее согласие действительно в течение срока *(на все время) приращения несовершеннолетнего*
_____ Санкт-Петербургского ГБУЗ «Городская поликлиника № 43» для получения медицинской помощи.
Настоящее согласие может быть отозвано мной в письменной форме путем направления оператору письменного заявления.

В случае отзыва настоящего согласия до окончания срока его действия, я предупреждаю о возможных последствиях прекращения обработки своих персональных данных.

Персональные данные, включая сведения о состоянии здоровья несовершеннолетнего
_____ указанные в настоящем согласии могут быть переданы следующим лицам:
_____ *Фамилия, имя, отчество полностью*

« _____ » _____ 201 _____ г. Личная подпись представителя _____ *Фамилия*
От _____ *принял*

Г главному врачу
Санкт-Петербургского
государственного бюджетного учреждения здравоохранения
«Городская поликлиника № 43»
С. А. Родыгину

Согласие на обработку персональных данных несовершеннолетнего

Я, _____, *фамилия, имя, отчество родителя, законного представителя*
_____ *ФИО ребенка полностью*
_____ *несовершеннолетнего*
_____ *Статья родства (отец, мать), законный представитель*
_____ *Дата рождения* _____ № _____
Документ, подтверждающий родство – свидетельство о рождении серия _____
_____ *Г., иной документ*
_____ *Выдано « »* _____, фактически проживает по адресу:

с целью получения *медицинских услуг несовершеннолетним*
_____ в рамках обязательного медицинского страхования
я **ВЫРАЖАЮ СВОЕ СОГЛАСИЕ** на обработку персональных данных моего ребенка: *фамилия, имя, отчество, дата и место рождения, данные свидетельства о рождении ребенка, адреса его проживания и регистрации по месту жительства, номера пенсионного страхового свидетельства, данные медицинского полиса, пола, фактах обращения за оказанием медицинской помощи, состоянии здоровья и диагнозе, иных сведениях, полученных при медицинском обследовании и лечении, медицинские анализы и заключения, в отношении здоровья моего ребенка, иной информации, составляющей врачебную тайну в документах и электронной форме, с возможностью осуществления сбора, систематизации, накопления, хранения, уточнения (обновления, изменения), использования, распространения (в том числе передачи), обезличивания, блокирования, уничтожения персональных данных, автоматизированным и неавтоматизированным способом.*

Настоящее согласие действительно в течение срока *(на все время) приращения несовершеннолетнего*
_____ Санкт-Петербургского ГБУЗ «Городская поликлиника № 43» для получения медицинской помощи.
Настоящее согласие может быть отозвано мной в письменной форме путем направления оператору письменного заявления.

В случае отзыва настоящего согласия до окончания срока его действия, я предупреждаю о возможных последствиях прекращения обработки своих персональных данных.

Персональные данные, включая сведения о состоянии здоровья несовершеннолетнего
_____ указанные в настоящем согласии могут быть переданы следующим лицам:
_____ *Фамилия, имя, отчество полностью*

« _____ » _____ 201 _____ г. Личная подпись представителя _____ *Фамилия*
От _____ *принял*