

полное наименование медицинской организации

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, _____
 фамилия, имя, отчество гражданина либо законного представителя гражданина
 « » _____ г. рождения,

зарегистрированный по адресу: _____
 адрес места жительства гражданина либо законного представителя гражданина

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 МЗСР РФ от 23.04.2012 г. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции РФ 05.05.2012 г. № 24082) (далее – Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи / получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

1. Хирург		2. Невропатолог		3. Отоларинголог		4. Офтальмолог	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Врач спортивной медицины		6. Врач функциональной диагностики		7. Фельдшер-лаборант		8. Кабинет антропометрии	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Лечебная физкультура		10. медицинский массаж					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» (Собрание законодательства РФ, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446).

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 статьи 19 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

_____ фамилия, имя, отчество гражданина, контактный телефон

_____ подпись

_____ фамилия, имя, отчество гражданина либо законного представителя гражданина

_____ подпись

_____ фамилия, имя, отчество медицинского работника

« » 201__ г.
 дата оформления

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, _____
фамилия, имя, отчество

Данным документом даю своё согласие на обработку и использование моих персональных данных (включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, использование, уничтожение, а также осуществление любых иных действий с моими персональными данными с учётом федерального законодательства) ГБУЗ «ОКВФД», необходимых для медицинского осмотра для занятий физкультурой и спортом, физической реабилитации после перенесённых заболеваний и травм.

В случае неправомерного использования предоставленных мною персональных данных согласие отзывается моим письменным заявлением.

Данное согласие действует с «___» _____ 201__ г. по «___» _____ 201__ г.

Лицо, давшее согласие _____
подпись фамилия и.о.