

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, _____ *спортсмен*
фамилия, имя, отчество гражданина либо законного представителя гражданина

« _____ » _____ *спортсмен*
г. рождения

зарегистрированный по адресу: _____ *спортсмен*
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 (неужное зачеркнуть)

1. Хирург	2. Невропатолог	3. Отоларинголог	4. Офтальмолог
<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"/>
9. Лечебная физкультура	10. медицинский массаж	<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. (неужное зачеркнуть)

_____ фамилия, имя, отчество гражданина, контактный телефон

_____ *спортсмен*
подпись _____ фамилия, имя, отчество гражданина либо законного представителя гражданина

_____ _____
подпись фамилия, имя, отчество медицинского работника

« _____ » _____ 201 _____ г.
дата оформления

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, ✓

Сидоров Сергей Иванович

фамилия, имя, отчество гражданина либо законного представителя гражданина

«15» 12. 1998 г. рождения,

зарегистрированный по адресу:

ул. Склизкова 960 кв. 15

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"/>
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"/>
	9. Лечебная физкультура	10. медицинский массаж	
	<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

✓ Сидоров

подпись

Сидоров С. И.

фамилия, имя, отчество гражданина либо законного представителя гражданина

подпись

фамилия, имя, отчество медицинского работника

« » 201 г.

дата оформления

15 лет и старше

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, _____ *спортсмен*
фамилия, имя, отчество

Вид документа, удостоверяющего личность _____ *паспорт*

серия _____ № _____ кем выдан: _____

Проживающий по адресу: _____

Настоящим даю своё согласие на обработку ГБУЗ «ОКВФД», адрес: 170008, г. Тверь, ул. Озёрная, д. 1, моих персональных данных и подтверждаю, что давая такое согласие, я действую своей волей и в своих интересах.

Согласие даётся мною для целей медицинского осмотра для занятий физкультурой и спортом, физической реабилитации после перенесённых заболеваний и травм и распространяется на следующую информацию:

1. Паспортные данные

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».

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 _____ *родитель*
подпись фамилия и.о. ЗАО «Союзбланкиздат» 2013 г. Зак. 1460 тир. 1000 л

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, *Сидоров Сергей Иванович*
фамилия, имя, отчество

Вид документа, удостоверяющего личность *паспорт*

серия *28 12* № *111204* кем выдан: *Отд. УФМС России по Твер. обл., в Москов. р-не г. Твери 20.12.2013.*

Проживающий по адресу: *ул. Скурякова д 60 кв. 15*

Настоящим даю своё согласие на обработку ГБУЗ «ОКВФД», адрес: 170008, г. Тверь, ул. Озёрная, д. 1, моих персональных данных и подтверждаю, что давая такое согласие, я действую своей волей и в своих интересах.

Согласие даётся мною для целей медицинского осмотра для занятий физкультурой и спортом, физической реабилитации после перенесённых заболеваний и травм и распространяется на следующую информацию:

1. Паспортные данные

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».

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 *Сидоры* _____ *Сидоров С. И.*
подпись фамилия и.о. ЗАО «Союзбланкиздат» 2013 г. Зак. 1460 тир. 1000 л