

САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
«ГОРОДСКАЯ НАРКОЛОГИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА» (СПб ГБУЗ «ГНБ»)

**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство (профилактический
медицинский осмотр в рамках Приказа МЗ РФ от 06.10.2014 г. № 581н)
и обработку персональных данных**

Я, (Ф.И.О. матери/отца, усыновителя, опекуна, попечителя; несовершеннолетнего, достигшего 15 лет)

Паспорт _____ Выдан _____ Дата выдачи _____
Зарегистрирован(а) по адресу: _____

Дата рождения ребенка (несовершеннолетнего) _____
Зарегистрированного по адресу: _____,
Обучающегося в _____ классе (образовательной организации) _____

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств (в соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»), 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 23.04.2012 № 390н, в том числе даю согласие на проведение профилактического медицинского осмотра, включающего химико-токсикологические исследования биологического объекта (моча).

Медицинским работником (врач психиатр-нарколог амбулаторного приема Ф.И.О.)

_____, в доступной для меня форме 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.

Я проинформирован(а) о том, что процедура профилактического медицинского осмотра, в том числе химико-токсикологическое исследование биологического объекта (моча), носит конфиденциальный характер, не подлежит разглашению в соответствии со ст.13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», а также мне будет дано разъяснение о результатах профилактического медицинского осмотра.

Разрешаю медицинскому персоналу НК _____ района информировать о состоянии моего здоровья следующих лиц _____

В соответствии со статьями 6, 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю свое согласие СПб ГБУЗ «ГНБ» на обработку моих персональных данных, а именно: Ф.И.О.; пол, возраст; дата рождения; сведения о документе, удостоверяющем личность; адрес регистрации по месту жительства; диагноз заболевания (код по «МКБ-10»), для совершения действий, предусмотренных п.3 ст. 3 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ.

Настоящее согласие действует со дня его подписания до истечения срока хранения соответствующей информации и (или) документов, содержащих мои персональные данные, определяемых в соответствии с законодательством Российской Федерации, или до дня отзыва данного согласия в письменной форме.

Я уведомлен о том, что настоящее согласие на обработку персональных данных может быть в любое время отозвано мной путем направления письменного уведомления.

Подпись обучающегося _____
(Ф.И.О. обучающегося)

Подпись законного представителя _____
(Ф.И.О. законного представителя)

Подпись
медработника _____
(Ф.И.О. медработника)

Дата " ____ " _____ 20__ г.

САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
«ГОРОДСКАЯ НАРКОЛОГИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА» (СПб ГБУЗ «ГНБ»)

**Отказ от медицинского вмешательства
(профилактический медицинский осмотр в рамках Приказа МЗ РФ от 06.10.2014г.№ 581н)**

Я, (Ф.И.О. матери/отца, усыновителя, опекуна, попечителя; несовершеннолетнего, достигшего 15 лет)

Паспорт _____ Выдан _____ Дата выдачи _____
Зарегистрирован(а) по адресу: _____

Дата рождения ребенка (несовершеннолетнего) _____
Зарегистрированного по адресу: _____,
Обучающегося в _____ классе (образовательной организации) _____

отказываюсь от следующих видов медицинских вмешательств, включенных 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 23.04.2012 № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 05.05.2012 № 24082) (далее - виды медицинских вмешательств):

- Профилактический медицинский осмотр (в рамках Приказа МЗ РФ от 06.10.2014г. № 581н)

Медицинским работником (врач психиатр-нарколог амбулаторного приема Ф.И.О.)

_____, в доступной для меня форме разъяснены возможные последствия отказа от вышеуказанных видов медицинских вмешательств, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния). Мне разъяснено, что при возникновении необходимости в осуществлении одного или нескольких видов медицинских вмешательств, в отношении которых оформлен настоящий отказ, я имею право оформить информированное добровольное согласие на такой вид (такие виды) медицинского вмешательства.

Подпись обучающегося _____
(Ф.И.О. обучающегося)

Подпись законного представителя _____
(Ф.И.О. законного представителя)

Подпись
медработника _____
(Ф.И.О. медработника)

Дата " ____ " _____ 20 ____ г.