Добровольное информированное согласие на медицинское вмешательство

в соответствии со статьей 20 ФЗ от 21.11.2011 г. № 323-Ф3 «Об основах охраны здоровья

граждан в Российской Федерации»

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество)

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(года рождения)

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_являюсь законным представителем

 (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество ребенка)

|  |  |
| --- | --- |
|   | (год рождения ребенка) |

Согласен(а) на проведение мне (моему ребенку) обследования в консультативном отделении ГБУЗ МО «МОКДЦД»

Согласен(а), что при заболевании врач определяет, какое обследование и лечение будет проведено мне (моему ребенку):

Моя подпись подтверждает следующее:

* Я прочитал(а) и согласен(на) с вышеизложенным

Я утверждаю, что не скрыл(а) от врачей известную мне информацию о состоянии моего здоровья (здоровья моего ребенка), перенесенные заболевания и особенности моего развития (развития моего ребенка).

«\_\_» 20\_\_\_\_ года.

Подпись пациента/ законного представителя

Расписался в моем присутствии:

Мед. работник

должность, Ф.И.О.

|  |
| --- |
| Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_( Ф.И.О.) в соответствии с ФЗ № 152 от 27.07.2006 г. «О персональных данных» даю согласие ГУЗ МОКДЦД на обработку и использование персональных данных,  |
| содержащихся в истории болезни с целью оказания консультативной, диагностической и лечебной помощи моему ребенку. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись заявителя) “\_\_\_\_\_“ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201 \_\_\_\_ г. |
|   |

Добровольное информированное согласие на медицинское вмешательство

в соответствии со статьей 20 ФЗ от 21.11.2011 г. № 323-Ф3 «Об основах охраны здоровья

граждан в Российской Федерации»

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество)

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(года рождения)

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_являюсь законным представителем

 (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество ребенка)

|  |  |
| --- | --- |
|   | (год рождения ребенка) |

Согласен(а) на проведение мне (моему ребенку) обследования в консультативном отделении ГБУЗ МО «МОКДЦД»

Согласен(а), что при заболевании врач определяет, какое обследование и лечение будет проведено мне (моему ребенку):

Моя подпись подтверждает следующее:

* Я прочитал(а) и согласен(на) с вышеизложенным

Я утверждаю, что не скрыл(а) от врачей известную мне информацию о состоянии моего здоровья (здоровья моего ребенка), перенесенные заболевания и особенности моего развития (развития моего ребенка).

«\_\_» 20\_\_\_\_ года.

Подпись пациента/ законного представителя

Расписался в моем присутствии:

Мед. работник

должность, Ф.И.О.

|  |
| --- |
| Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_( Ф.И.О.) в соответствии с ФЗ № 152 от 27.07.2006 г. «О персональных данных» даю согласие ГУЗ МОКДЦД на обработку и использование персональных данных,  |
| содержащихся в истории болезни с целью оказания консультативной, диагностической и лечебной помощи моему ребенку. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись заявителя) “\_\_\_\_\_\_\_“ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201 \_\_\_\_ г. |