

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, _____ г. рождения,

(Ф.И.О. гражданина)

зарегистрированный по адресу: _____

(адрес места жительства гражданина либо 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, утверждены приказом МЗ РФ от 23.04.2012 г. N 390н для получения первичной медико-санитарной помощи / получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в СПб ГБУЗ №114 ДПО №50.
Медицинским работником _____

(должность, Ф.И.О. 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. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2012, N 26, ст. 3442, 3446). Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 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)

(Ф.И.О. несовершеннолетнего, контактный телефон)

(подпись)

(Ф.И.О. родителя или законного представителя гражданина)

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

" _____ " _____ г.

(дата оформления)

СОГЛАСИЕ на обработку персональных данных

Я, _____ дата рождения _____

(Ф.И.О.)

проживающий по адресу (по месту регистрации) _____, Паспорт серия _____ № _____, в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку Санкт-Петербургским ГБУЗ «Городская поликлиника № 114, ДПО № 50» (далее – Оператор) персональных данных моего ребенка, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактный(е) телефон(ы), реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде (СНИЛС), данные о состоянии его здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью – в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну. Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с его персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать его персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных. Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет двадцать пять лет. Передача персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия. Настоящее согласие дано мной « _____ » _____ 201__ г. и действует бессрочно. Подпись субъекта персональных данных _____ / _____

подпись

Ф.И.О.

" _____ "

г.

Добровольное информированное согласие на проведение профилактических прививок детям или отказа от них

1. Я, нижеподписавшийся(ая) _____

(ФИО родителя (законного представителя) несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет)

_____ года рождения,

(указывается ФИО, год рождения несовершеннолетнего в возрасте старше 15 лет)

настоящим подтверждаю то, что проинформирован(а) врачом:

- о том, что профилактическая прививка - это введение в организм человека медицинского иммунобиологического препарата для создания специфической невосприимчивости к инфекционным болезням;
- о необходимости проведения профилактической прививки, возможных поствакцинальных осложнениях, последствиях отказа от нее; в) о медицинской помощи при проведении профилактических прививок, включающей обязательный медицинский осмотр совершеннолетнего в возрасте до 18 лет перед проведением прививки (а при необходимости - медицинское обследование), который входит в Программу государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи и предоставляется в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения бесплатно; г) о выполнении предписаний медицинских работников.

2. Я проинформирован(а) о том, что в соответствии с пунктом 2 статьи 5 ФЗ от 17 сентября 1998 г. N 157-ФЗ "Об иммунопрофилактике инфекционных болезней"*(1) отсутствие профилактических прививок влечет: запрет для граждан на выезд в страны, пребывание в которых в соответствии с международными медико-санитарными правилами либо

международными договорами Российской Федерации требует конкретных профилактических прививок; временный отказ в приеме граждан в образовательные и оздоровительные учреждения в случае возникновения массовых инфекционных заболеваний или при угрозе возникновения эпидемий; отказ в приеме граждан на работы или отстранение граждан от работ, выполнение которых связано с высоким риском заболевания инфекционными болезнями (постановление Правительства РФ от 15 июля 1999 г. N 825 "Об утверждении перечня работ, выполнение которых связано с высоким риском заболевания инфекционными болезнями и требует обязательного проведения профилактических прививок"*(2)). Я имел(а) возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получил(а) исчерпывающие ответы. Получив полную информацию о необходимости проведения профпрививок против: туберкулеза, дифтерии, столбняка, коклюша, вир. гепатита В, полиомиелита, кори, краснухи, эпид. паротита, гриппа.

Туберкулез—диагностики: пр. Манту.ю «Диаскинтест»

Возможных прививочных реакциях и поствакцинальных осложнениях, последствиях отказа от нее, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, и: **добровольно соглашаюсь на проведение прививок БСЖ, АДС, ИПВ/ОПВ, вакцина против геп. В, против кори, краснухи и эпидпаротита, гриппа, пр. Манту/Диаскинтест** _____
добровольно **отказываюсь от проведения прививки** _____

(название прививки) несовершеннолетнему _____

(указывается фамилия, имя, отчество и год рождения несовершеннолетнего)

Я, нижеподписавшийся(аяся)*(4) _____

(ФИО родителя (иного законного представителя) несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет)

Дата _____ Подпись _____

Я свидетельствую, что разъяснил все вопросы, связанные с проведением профилактических прививок несовершеннолетнему, и дал ответы на все вопросы. Врач _____ (Ф.И.О.)

Дата _____ Подпись _____

Добровольное информационное согласие на проведение проф. медицинского осмотра несовершеннолетнего.

Ваш ребёнок, в период обучения в государственном образовательном учреждении, на основании приказа МЗ РФ от 10.08.2017 г. №514н «О порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних» в **определённые приказом** возрастные периоды будет проходить профилактический осмотр специалистами(педиатр, ЛОР-врач, окулист, дет. хирург, невропатолог, ортопед, дет. гинеколог/уролог, дет. стоматолог, дет. психиатр). Будет проводиться лабораторное (соскоб на энтеробиоз, забор крови из пальца, анализ мочи) и инструментальные (ЭКГ, ФЛГ, УЗИ брюшной полости, УЗИ сердца) обследование.

С проведением медосмотров специалистами _____ согласен, **лабораторных обследований** _____ согласен. **ЭКГ** _____ согласен. **ФЛГ (1 раз в год) в 15 лет, 17 лет** _____ согласен. **УЗИ сердца, органов брюшной полости, почек** _____ согласен.

Даты диспансеризации будут опубликованы в группах/класса) и на стенде медицинского кабинета ОУ!

Дата _____ ФИО родителя / законного представителя / подростка с 15 лет _____ подпись _____

1. Учебный год 201 ____ 20 ____ г. 1. Даю добровольное информированное **согласие / отказ** на включенные в **перечень** определенных видов медицинских вмешательств. 2. Даю **согласие / отказ** на проведение профосмотра, согласно пр. МЗ 514н. 3. Даю **согласие / отказ на проведение проф. прививок** _____ подпись _____

ФИО родителя / законного представителя / подростка с 15 лет

2. Учебный год 201 ____ 20 ____ г. 1. Даю добровольное информированное **согласие / отказ** на включенные в **перечень** определенных видов медицинских вмешательств. 2. Даю **согласие / отказ** на проведение профосмотра, согласно пр. МЗ 514н. 3. Даю **согласие / отказ на проведение проф. прививок** _____ подпись _____

ФИО родителя / законного представителя / подростка с 15 лет

3. Учебный год 201 ____ 20 ____ г. 1. Даю добровольное информированное **согласие / отказ** на включенные в **перечень** определенных видов медицинских вмешательств. 2. Даю **согласие / отказ** на проведение профосмотра, согласно пр. МЗ 514н. 3. Даю **согласие / отказ на проведение проф. прививок** _____ подпись _____

ФИО родителя / законного представителя / подростка с 15 лет

4. Учебный год 201 ____ 20 ____ г. 1. Даю добровольное информированное **согласие / отказ** на включенные в **перечень** определенных видов медицинских вмешательств. 2. Даю **согласие / отказ** на проведение профосмотра, согласно пр. МЗ 514н. 3. Даю **согласие / отказ на проведение проф. прививок** _____ подпись _____

ФИО родителя / законного представителя / подростка с 15 лет

5. Учебный год 201 ____ 20 ____ г. 1. Даю добровольное информированное **согласие / отказ** на включенные в **перечень** определенных видов медицинских вмешательств. 2. Даю **согласие / отказ** на проведение профосмотра, согласно пр. МЗ 514н. 3. Даю **согласие / отказ на проведение проф. прививок** _____ подпись _____

ФИО родителя / законного представителя / подростка с 15 лет

6. Учебный год 201 ____ 20 ____ г. 1. Даю добровольное информированное **согласие / отказ** на включенные в **перечень** определенных видов медицинских вмешательств. 2. Даю **согласие / отказ** на проведение профосмотра, согласно пр. МЗ 514н. 3. Даю **согласие / отказ на проведение проф. прививок** _____ подпись _____

ФИО родителя / законного представителя / подростка с 15 лет

7. Учебный год 201 ____ 20 ____ г. 1. Даю добровольное информированное **согласие / отказ** на включенные в **перечень** определенных видов медицинских вмешательств. 2. Даю **согласие / отказ** на проведение профосмотра, согласно пр. МЗ 514н. 3. Даю **согласие / отказ на проведение проф. прививок** _____ подпись _____

ФИО родителя / законного представителя / подростка с 15 лет

8. Учебный год 201 ____ 20 ____ г. 1. Даю добровольное информированное **согласие / отказ** на включенные в **перечень** определенных видов медицинских вмешательств. 2. Даю **согласие / отказ** на проведение профосмотра, согласно пр. МЗ 514н. 3. Даю **согласие / отказ на проведение проф. прививок** _____ подпись _____

ФИО родителя / законного представителя / подростка с 15 лет

9. Учебный год 201 ____ 20 ____ г. 1. Даю добровольное информированное **согласие / отказ** на включенные в **перечень** определенных видов медицинских вмешательств. 2. Даю **согласие / отказ** на проведение профосмотра, согласно пр. МЗ 514н. 3. Даю **согласие / отказ на проведение проф. прививок** _____ подпись _____

ФИО родителя / законного представителя / подростка с 15 лет

10. Учебный год 201 ____ 20 ____ г. 1. Даю добровольное информированное **согласие / отказ** на включенные в **перечень** определенных видов медицинских вмешательств. 2. Даю **согласие / отказ** на проведение профосмотра, согласно пр. МЗ 514н. 3. Даю **согласие / отказ на проведение проф. прививок** _____ подпись _____

ФИО родителя / законного представителя / подростка с 15 лет