|  |  |
| --- | --- |
| ГБУЗ СО «ДГБ г. Каменск-уральский» | Приложение № 1 к Приказу главного врача№ 42-л от 19 ноября 2015 г. |
|  |  |
| Информированное добровольное согласие на проведение предварительных, периодических и профилактических медицинских осмотров, а также на оказание медицинской помощи несовершеннолетним в период обучения и воспитания в образовательных организациях |
|  |
| Я, нижеподписавшийся(аяся) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года рождения, контактный телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет:**Я, нижеподписавшийся(аяся) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года рождения, контактный телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*(Ф.И.О. родителя (иного законного представителя), дата рождения)*являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года рождения, проживающего по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*(Ф. И. О. несовершенно или лица, дата рождения, место жительства)* |
| даю информированное добровольное согласие на проведение предварительных, периодических и профилактических медицинских осмотров, а также на оказание медицинской помощи в период обучения и воспитания в образовательных организациях в объеме, утвержденном приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 декабря 2012 г. № 1346н:**1. при проведении медицинских осмотров в соответствии с возрастным периодом**, в которые проводятся профилактические медицинские осмотры несовершеннолетних:**1.1 на медицинские осмотры врачами-специалистами;****1.2. на лабораторные, функциональные и иные исследования.**В доступной для меня форме мне были разъяснены цели, методы проведения медицинских осмотров, несовершеннолетним и принципы оказания медицинской помощи в образовательных организациях.Я ознакомлен(а) и согласен(а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно, пользуясь своим правом предусмотренным статьей 20 Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», соглашаюсь на проведение вышеуказанных мероприятий.**Даю согласие на обработку необходимых персональных данных** (п. 1, 3 ст. 3, ст. 11 Федерального закона № 152-ФЗ «О персональных данных»).Срок обработки: бессрочно.Я оставляю за собой право в любое время отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес медицинской организации по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю учреждения.**Личная подпись (подпись законного представителя) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_г.**Подписался в моем присутствии:Медицинский работник \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(должность, Ф.И.О.) (подпись)* |