

Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярский краевой наркологический диспансер № 1»
Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство
(обследование, диагностику)

я, _____

_____ фамилия, имя, отчество – полностью, год рождения, адрес проживания
даю добровольное согласие на проведение несовершеннолетнему

_____ фамилия, имя, отчество, дата рождения.
которому я являюсь _____

_____ указать степень родства – родитель, законный представитель, опекун
химико-токсикологического исследования в целях раннего выявления незаконного потребления наркотических средств, в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 06 октября 2014 года № 581 «О порядке проведения профилактических медицинских осмотров обучающихся в образовательных организациях и профессиональных образовательных организациях, а так же образовательных организациях высшего образования в целях раннего выявления незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ.

В отношении несовершеннолетнего _____ я:

- добровольно даю свое согласие на проведение В соответствии С назначениями врача всех необходимых для этого диагностических исследований (манипуляций);
- информирован(а) о целях И характере диагностических процедур, а также о том, что предстоит делать во время их проведения;
- поставил (а) в известность врача о наличии всех проблем, связанных со здоровьем, обо всех перенесенных и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, о принимаемых лекарственных средствах;
- осознаю, что в соответствии с положениями Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» допускается предоставление сведений составляющих врачебную тайну (в том числе о наличии диагноза), без моего согласия (или согласия моего законного представителя) в случаях предусмотренных ст. 13 указанного Закона.

Я ознакомлен(а) и согласен(а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены и мною поняты. Добровольно даю свое согласие на обследование, проведение необходимых диагностических процедур и манипуляций и вынесение (установление) соответствующего заключения (диагноза).

" _____ " _____ 20_ года.

Подпись родителя (законного представителя) _____

Расписался в моем присутствии

_____ врач _____ (подпись, Ф.И.О.)

Согласие на обработку персональных данных

Настоящее согласие составлено в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.2006 г. «О персональных данных»

Я, _____
(Ф.И.О. пациента полностью или законного представителя)

подтверждаю свое согласие на обработку КГБУЗ «Красноярский краевой наркологический диспансер № 1» моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, дату рождения, адрес места жительства, при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью, которое обязано сохранять врачебную тайну.

Настоящее согласие дано мной лично и действует бессрочно.

Подпись пациента _____

Подпись законного представителя _____ (если пациент не может подписать документ вследствие тяжести своего физического состояния или является несовершеннолетним).

Ф.И.О. врача _____

Подпись врача _____

« _____ » _____ 2015 г.