

БУЗ ВО «Вологодский областной психоневрологический диспансер № 1»
ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО,
СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, _____, число, месяц, год рождения _____,
зарегистрированный (ная) (проживающий)(ая) по адресу: _____;

На основании ФЗ № 323 от 21.11.2011г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Приказа МЗ РФ № 1051н от 12.11.2021г. «Об утверждении Порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства, формы информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и формы отказа от медицинского вмешательства, ФЗ № 152 «О защите персональных данных»:

- даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное согласие (утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23.04.2012г. № 390н) в БУЗ ВО «Вологодский областной психоневрологический диспансер № 1», согласно действующего в день обращения преysкуранта;

- медицинским работником 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;

- информирован(а) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского работника, предоставляющую платную медицинскую услугу, в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья;

- сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г № 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), в том числе после смерти:

- даю свое согласие на обработку, хранение и передачу персональных данных только для тех целей, с которыми связано мое обращение в БУЗ ВО «Вологодский областной психоневрологический диспансер № 1».

(должность, ФИО, подпись исполнителя)

V _____
(подпись заказчика/потребителя)

Дата: _____

Дата: _____