

Утверждена
приказом БУЗ ВО «Вологодский областной
психоневрологический диспансер №1»
№ 211 от 2 сентября 2024 г.

Форма

Бюджетное учреждение здравоохранения Вологодской области
«Вологодский областной психоневрологический диспансер №1»

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, согласие на обработку персональных данных и согласие на передачу работодателю экземпляра решения врачебной комиссии

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» и с целью соблюдения требований Приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.05.2022 №342н «Об утверждении порядка прохождения психиатрического освидетельствования работниками, осуществляющими отдельные виды деятельности, его периодичности, а также видов деятельности, при осуществлении которых проводится психиатрическое освидетельствование».

Я _____
зарегистрированный (проживающий)(ая) по адресу:

вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие (утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н) в БУЗ ВО «Вологодский областной психоневрологический диспансер №1», согласно действующего в день обращения преискуранта;

- 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, предоставляющего 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:

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

- 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»;
- Даю свое согласие на передачу экземпляра заключения врачебной комиссии работодателю.

(должность, ФИО, подпись медицинского работника исполнителя)
заказчика/потребителя)

Дата: _____

(Подпись работника)