

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ**  
на виды медицинских вмешательств, включенных 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, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество гражданина - полностью)

\_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный (ая) адресу: \_\_\_\_\_

паспорт: \_\_\_\_\_, выдан: \_\_\_\_\_

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка: \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. ребенка - полностью, год рождения)

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, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23.04.2012 № 390н (далее – Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи ребенком, законным представителем которого я являюсь, в Краевом государственном автономном учреждении «Социально-оздоровительный центр «Жарки».

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 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я обязуюсь поставить в известность врача Краевого государственного автономного учреждения «Социально-оздоровительный центр «Жарки» письменно или по телефону 8(391)209-10-08 обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных ребенком и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, о принимаемых лекарственных средствах.

Я согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне понятны и добровольно даю согласие на проведение медицинских вмешательств, включенных в Перечень и необходимых для оздоровления моего ребенка, а также при проведении амбулаторного и стационарного лечения по медицинским показаниям, которые предварительно согласовываются со мною врачом Краевого государственного автономного учреждения «Социально-оздоровительный центр «Жарки» по телефону: \_\_\_\_\_

В соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» информация о состоянии здоровья ребенка, законным представителем которого я являюсь, может быть передана:

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

Настоящим во исполнение требований Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» я даю согласие на обработку персональных данных моего ребенка. Настоящее согласие выдано без ограничения срока его действия. Под обработкой персональных данных я понимаю любое действие (операцию) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств

с персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Под персональными данными я понимаю любую информацию, относящуюся прямо или косвенно к определенному или определяемому физическому лицу (субъекту персональных данных).

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен в адрес Краевого государственного автономного учреждения «Социально-оздоровительный центр «Жарки» по почте заказным письмом с уведомлением о вручении.

*Примечание:*

Согласие на медицинское вмешательство (лечение) в отношении лиц, не достигших возраста 15 лет и граждан, признанных в установленном порядке недееспособными, дают их законные представители (родители, усыновители, опекуны или попечители) с указанием Ф.И.О, паспортных данных, родственных отношений.

В случаях, когда отсутствуют законные представители ребенка, не достигшего возраста 15 лет, и (или) состояние гражданина не позволяет ему выразить волю, а необходимость проведения лечения неотложна, вопрос о медицинском вмешательстве в интересах ребенка (гражданина) решает консилиум, а при невозможности собрать консилиум – непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением главного врача, а в выходные, праздничные дни, вечернее и ночное время – ответственный дежурный врач.

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. законного представителя гражданина ребенка)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. медицинского работника КГАУ «СОЦ «Жарки»)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года