|  |  |
| --- | --- |
| 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)* | |