

Заполняется только на лиц, не достигших возраста 18 лет

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ

с общим планом лечения, обследования, реабилитации в медико-восстановительном центре
государственного бюджетного профессионального образовательного учреждения
Ставропольского края «Ставропольское училище олимпийского резерва (техникум)»
(далее по тексту МВЦ СУОР)

Я _____
(ФИО мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель)
Являясь законным представителем

(ФИО несовершеннолетнего ребенка – полностью, год рождения)
обратившись за медицинской помощью в МВЦ СУОР ознакомлен с необходимым возможным первичным планом обследования и возможными методами лечения и реабилитации, включающими в себя:

- осмотр врача;
- взятие крови из пальца;
- внутривенные и внутримышечные инъекции;
- лучевые методы исследования;
- проведение консультаций специалистов;
- проведение инструментальных методов исследования;
- вакцинацию согласно «Национальному календарю прививок»;
- вакцинацию по эпидемическим показаниям (от гриппа).

и согласен / не согласен (подчеркнуть) с применением видов медицинских вмешательств:

- в рамках объема государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи гражданам РФ;
- в рамках договора оказания платных медицинских услуг при возникновении медицинских показаний применения методов диагностики и лечения, не предусмотренных объемом государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи гражданам РФ.

Я информирован (а) о том, что медицинская информация моего представляемого является конфиденциальной в соответствие со статьей 13 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», мне подтверждена гарантия конфиденциальности сведений, касающихся моего здоровья представляемого мною.

Я разрешаю / не разрешаю (подчеркнуть) предоставлять медицинскую информацию моего представляемого должностным лицам МВЦ СУОР.

Я согласен/не согласен (подчеркнуть) на осмотр моего представляемого студентами медицинских ВУЗов и колледжей в медицинских обучающих и научных целях с учетом требования законодательства РФ о гарантии мне конфиденциальности моей медицинской информации.

В соответствии с федеральным законом от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» принимаю решение о предоставлении персональных данных моего представляемого даю согласие на их обработку своей волей и в своем интересе:

- обработка персональных данных осуществляется в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг при условии, что обработка персональных данных осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну;
- обработка персональных данных осуществляется для статистических или иных научных целей при условии обязательного обезличивания персональных данных.

Я разрешаю/не разрешаю(подчеркнуть) использовать медицинскую информацию моего представляемого для ведения электронной формы медицинской документации.

Я разрешаю/ не разрешаю (подчеркнуть) использовать медицинскую информацию моего представляемого для проведения экспертизы качества оказания медицинской помощи, в том числе с привлечением независимых специалистов.

Я ознакомлен, что в соответствии со статьей 27 ФЗ РФ от 21 ноября 2011 г. № 323 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» мой представляемый обязан соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях. В случае заболевания обучающего острыми заболеваниями родители обязаны забрать своего ребенка домой до полного выздоровления с предоставлением справки от педиатра по месту постоянного жительства.

Подпись заявителя _____ (_____) Дата _____
ФИО