

Согласие на обработку персональных данных

Я, \_\_\_\_\_ даю согласие за моего ребенка \_\_\_\_\_  
Серия и номер свидетельства о рождении \_\_\_\_\_ дата выдачи: \_\_\_\_\_ не возражаю против обработки ГБУЗ г Улан-Удэ «Городская поликлиника №1» (адрес: 670000, РБ, г Улан-Удэ, ул Каландаришвили, д 27), включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в т ч передачу) обезличивание, блокирование, уничтожение следующих персональных данных моего ребенка: ФИО, дата рождения, адрес, № телефона и других медицинских данных, обрабатываемых с медико-профилактической целью, оказание медицинских услуг и сбора статистических данных в течении периода наблюдения и лечения в ГБУЗ г Улан-Удэ «Городская поликлиника №1». Настоящее согласие может быть отозвано мной в письменной форме. Настоящее согласие действует до даты его отзыва мною путем направления в ГБУЗ г Улан-Удэ «Городская поликлиника №1» письменного сообщения об указанном отзыве в произвольной форме, если иное не установлено законодательством Российской Федерации.

Дата: \_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, \_\_\_\_\_ (Ф.И.О. несовершеннолетнего либо законного представителя несовершеннолетнего) даю информированное добровольное согласие на все виды медицинских вмешательств, включенных в Порядок по Приказу МЗ РФ от 18.08.2017 № 514Н «О порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних» предложенное несовершеннолетнему гражданину, чьим законным представителем я являюсь

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. несовершеннолетнего, от имени которого выступает законный представитель)  
проживающему по адресу: \_\_\_\_\_

(адрес места жительства несовершеннолетнего, от имени которого выступает законный представитель)

осуществляемое в ГБУЗ «Городская поликлиника №1» г.Улан-Удэ

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.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от определенного вида медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

(подпись)

(Ф.И.О. несовершеннолетнего либо законного представителя несовершеннолетнего)

(подпись)

(Ф.И.О. лечащего врача, либо иного медицинского работника, участвующего в оказании медицинской помощи)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.

(Дата оформления)

Добровольное информированное согласие на проведение профилактических прививок детям, или отказ от них

Я, нижеподписавшийся(ая) \_\_\_\_\_

(Ф.И.О родителя или законного представителя)

несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет, несовершеннолетнего в возрасте старше 15 лет \_\_\_\_\_ года

рождения, получив полную информацию о необходимости проведения профилактических прививок, возможных прививочных реакциях и поствакцинальных осложнениях, последствиях отказа от них,

добровольно соглашаюсь на проведение прививок по Национальному календарю и пробы Манту/Диаскин-тест несовершеннолетнему

(Ф.И.О. год рождения ребенка)

В течение периода обучения в школе.

добровольно отказываюсь от проведения прививок по Национальному календарю и пробы Манту/Диаскин-тест несовершеннолетнему

(Ф.И.О год рождения ребенка)

В течение периода обучения в школе.

Настоящее согласие действует до даты его отзыва мною путем направления в ГБУЗ «Городская поликлиника №1» письменного сообщения об указанном отзыве в произвольной форме, если иное не установлено законодательством Российской Федерации.

Дата \_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_

Врач \_\_\_\_\_ (Ф.И.О.)

подпись)