**Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_годарождения,

(Ф.И.О.гражданина)

зарегистрированныйпоадресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Законныйпредставитель(мать,отец,усыновитель,опекун,попечитель-подчеркнуть)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О.несовершеннолетнегодо15 лет,несовершеннолетнегов возрастестарше15 лет)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в переченьопределенныхвидовмедицинскихвмешательств,накоторыегражданедаютинформированноедобровольноесогласиепривыбореврачаимедицинскойорганизациидляполученияпервичноймедикосанитарнойпомощи,утвержденныйприказомМинистерстваздравоохраненияисоциальногоразвития Российской Федерации от 23 апреля 2012 года №390н (зарегистрирован Министерством юстицииРоссийскойФедерации5мая2012года№24082) (далее-Перечень), дляполученияпервичноймедикосанитарнойпомощи/полученияпервичноймедико-санитарнойпомощилицом,законнымпредставителемкоторогоя являюсь(не нужное зачеркнуть) в ООЦ «ИЛОНА» (далее ЦЕНТР).

В случае необходимости при возникновении неотложной ситуации я даю согласие на проведение:Анестезиологическогопособия; Пункциисуставовивнутрисуставноевведениелекарственныхсредств;

Закрытую репозицию при переломах; Промывание желудка; Очистительную и лечебную клизму; Обработкуран и наложение повязок, швов; Хирургическое лечение гнойно-некротических процессов; Оказаниегинекологической и урологической помощи; Оказание наркологической и психиатрической помощи,включая стационарную, в учреждениях здравоохранения, имеющих лицензию на оказание медицинскойпомощиподаннымвидамдеятельности;Госпитализациюпомедицинскимпоказаниямвлечебныеучреждения,находящиесяза пределамиЦЕНТРА.

Я также даю согласие на обработку необходимых персональных данных в объеме и способами,указаннымивп.1.3ст.11Федеральногозакона№152-ФЗ«Оперсональныхданных».Переченьперсональных данных,на обработку которых дается согласие субъекта персональных данных: фамилия,имя,отчество,датаиместорождения,адрес,контактныйтелефон,реквизиты,полис ОМС(ДМС),страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, другая информация. Переченьдействийсперсональнымиданными,насовершениекоторыхдаетсясогласие:сбор,систематизация,накопление,хранение,уточнение(обновление,изменение),использование,распространение (в том числе передача) в порядке, установленном законодательством РФ, обезличивание,блокирование,уничтожениеперсональныхданных,иныедействия.

Мне -родителю (законному представителю)ребенкаразъяснено правоознакомитьсяс целями,методамиоказаниямедицинскойпомощи,связаннымиснимирисками,возможнымивариантамимедицинскихвмешательств,ихпоследствий,втомчислевероятностьюразвитияосложнений,возможностьюнаправленияребенканалечениевлечебно-профилактическоеучреждение,атакжепредполагаемымирезультатамиоказаниямедицинскойпомощи,находящимисяна электронныхресурсах:

-БанкдокументовМинистерстваздравоохраненияРоссийскойФедерации –[www.rosminzdrav.ru/documents](http://www.rosminzdrav.ru/documents)

-Федеральнаяэлектроннаямедицинскаябиблиотека(ФЭМБ)МинистерстваздравоохраненияРоссийскойФедерации-[http://www.femb.ru/feml.](http://www.femb.ru/feml)

Яознакомлен(ознакомлена)исогласен(согласна)совсемипунктаминастоящегодокумента,положениякоторогомнеразъяснены,мною поняты.

Настоящее согласие действует на время пребывания моего ребенка в ЦЕНТРЕ. Я оставляю за собой правоотозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который можетбыть направлен мной в адрес ЦЕНТРА по почте заказным письмом с уведомлением о вручении, либо врученлично под расписку представителю ЦЕНТРА. Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии спунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 года №323-ФЗ «Об основах охраныздоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровьяилисостояниилица,законнымпредставителемкоторогоя являюсь (ненужноезачеркнуть).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О.выбранногодоверенноголица, контактныйтелефон)

Прочим лицаминформациюосостоянииздоровьяребенка непредоставлять.

(подпись гражданина) (Ф.И.О.гражданинаилизаконногопредставителя)

« » 202\_\_г.