**Добровольное информированное согласие на проведение диспансеризации**

**и обработку персональных данных**

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ паспорт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_выдан: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. гражданина до 15 лет – полностью год рождения)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Настоящим подтверждаю, что в соответствии со ст.22 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в соответствии с моим волеизъявлением, в понятной для меня форме, проинформирован(а) о предстоящей диспансеризации, включающей в себя медицинский осмотр, лабораторно-диагностическое обследование, организацию (при наличии показаний) последующего лечения и реабилитацию,в том числе оказание специазированной высокотехнологичной медицинской помощи, её целях и форме проведения.

Получив полные и всесторонние разъяснения, включая исчерпывающие ответы на поставленные мною вопросы, подтверждаю, что мне понятны используемые термины, суть предстоящей процедуры, добровольно в соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года в 323-Ф3 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» даю свое согласие на проведение диспансеризации мне/лицу, законным представителем которого я являюсь.

Я информирован(а) о том, что в соответствии со ст. 13 Федерального закона от 21 ноября 2011 года в 323-Ф3 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» информация о результатах диспансеризации составляет врачебную тайну является конфиденциальной и не будет разглашена.

Также я информирован(а) о том, что в соответствии со ст 27 Федерального закона от 21 ноября 2011 года в 323-Ф3 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» я несу полную ответственность за сохранение своего здоровья/здоровья лица, законным представителем которого я являюсь.

Я удостоверяю, что текст моего добровольного информированного согласия на проведение диспансеризации мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют.

Подпись гражданина (законного представителя)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Фамилия, имя, отчество

Настоящий документ оформлен мной

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

Должность специалиста, фамилия, имя, отчество, подпись