

ID участника _____

**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство в отношении
несовершеннолетнего лица**

Я, _____

_____,
(Ф. И. О. законного представителя, дата рождения, адрес регистрации, адрес проживания (также
указывается при проживании не по месту регистрации))

являюсь законным представителем несовершеннолетнего

_____,
(Ф. И. О. несовершеннолетнего, дата рождения, адрес проживания (заполняется в случае проживания не по
месту законного представителя))

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390Н (далее – виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь: медицинская услуга по взятию мазка в целях лабораторного исследования биологического материала. Медицинская услуга по лабораторному исследованию биологического материала оказывается ФБУЗ ФЦГиЭ Роспотребнадзора. Медицинская услуга по отбору биоматериала для целей лабораторного исследования (взятие мазка) оказывается организациями по территориальному признаку:

заполняется организацией, осуществляющей отбор биологического
материала

Медицинским работником _____

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника) в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанные с ними риски, 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 одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) 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».

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии здоровья лица, законным представителем которого я являюсь:

(Ф. И. О. выбранного гражданина, контактный телефон, в случае отсутствия – прочерк)

(подпись)

(Ф. И. О. медицинского работника)

Дата оформления _____ года

✓

(подпись)

(Ф. И. О.)

ИД участника _____

Согласие на обработку персональных данных в отношении несовершеннолетнего лица

Я, _____

_____,
(Ф. И. О., дата рождения, документ (паспорт) серия, номер, кем выдан, дата выдачи)

являюсь законным представителем несовершеннолетнего

_____,
(Ф. И. О. несовершеннолетнего, в случае опекуинства указать реквизиты документа, на основании которого осуществляется опека или попечительство)

приходящегося мне _____, зарегистрированного по адресу:

В соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» для целей оказания указанному несовершеннолетнему лицу медицинских услуг и передачи их результатов Фонду «Росконгресс» (ИНН 7706412930, адрес местонахождения: 123610, г. Москва, набережная Краснопресненская, д. 12, подъезд 7, помещение 1101); ООО «РК Авангард» (ИНН 7801714480, адрес местонахождения: 199106, г. Санкт-Петербург, пр. Средний В.О. д. 88 литера А, помещение 39Н, ком. 3 для организации допуска указанного несовершеннолетнего лица к участию в мероприятии подтверждаю свое согласие на обработку ФБУЗ ФЦГиЭ Роспотребнадзора (ИНН 7726008570, адрес местонахождения: 117105, Москва, Варшавское шоссе, дом 19А) (далее по тексту – Оператор) персональных данных несовершеннолетнего лица, включающих: фамилию, имя, отчество, год, месяц, дату рождения, пол, место жительства, в том числе сведения о регистрации по месту жительства, месту проживания, номер телефона, реквизиты документа, удостоверяющего личность (серия, номер, дата выдачи, наименование и код подразделения органа, выдавшего документ), сведения о результате оказанной медицинской услуге, данные о состоянии здоровья, в том числе содержащие врачебную тайну, ИД участника мероприятия.

Предоставляю Оператору право осуществлять при обработке персональных данных указанного несовершеннолетнего лица все действия (операции) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Оператор вправе обрабатывать персональные данные указанного несовершеннолетнего лица посредством внесения их в информационные хранилища (электронную базу данных, списки, реестры, регистры).

В рамках указанных целей я даю согласие на передачу следующих персональных данных указанного несовершеннолетнего лица: сведения о результате оказанной медицинской услуги, содержащие врачебную тайну, ИД участника мероприятия Фонду «Росконгресс», ООО «РК Авангард». Любая иная обработка и передача персональных данных указанного несовершеннолетнего лица иным лицам может осуществляться только с моего отдельного письменного согласия.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие в письменной форме, которое может быть направлено в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручено лично под расписку представителю Оператора.

Настоящее согласие действует до момента обработки результатов оказания медицинских услуг и их передачи Фонду «Росконгресс», ООО «РК Авангард». Срок хранения персональных данных указанного несовершеннолетнего лица в медицинской документации Оператора соответствует требованиям законодательства РФ.

Дата заполнения _____ года

✓ _____
(подпись) (Ф. И. О.)