Приложение 2 к приказу от 17.09.2017

№ 791-р/943/1379/243 2/272/297/267

Добровольное информационное согласие на передачу информации и персональных данных о ребенке для передачи информации в организации, предоставляющие услуги детям группы риска с признаками РАС и РАС, для получения комплекса услуг в рамках концепции комплексного сопровождения людей с расстройствами аутистического спектра и другими ментальными нарушениями в Ханты-Мансийском автономном округе - Югре

Я, мать/отец/опекун/ (нужное подчеркнуть) ребенка

ФИО, дата рождения ребенка

Добровольно даю свое согласие на проведение медицинского вмешательства в медицинской организации

(указать полное наименование медицинской организации)

Мне в соответствии со статьей 20 Федерального закона от 09.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», статьями 11 и 23 Закона от 02.07.1992 № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» в полной мере предоставлена информация о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

Я подтверждаю, что прочитал (а) и понял (а) все вышеизложенное, имел (а) возможность обсудить с врачом все интересующие и непонятные мне вопросы, связанные с планируемым обследование и возможным лечением и реабилитационными мероприятиями. На все заданные вопросы я получил (а) удовлетворившие меня ответы и у меня не осталось невыясненных вопросов к врачу.

Я также информирован (а) о том, что в соответствии с частью 1 статьи 13 Федерального закона Российской Федерации от 21 ноября 2011 № 323 «Об охране здоровья граждан в Российской Федерации», сведения о факте обращения гражданина за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении, составляют врачебную тайну.

Пользуясь пунктом 5 части 3 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323 «Об охране здоровья граждан в Российской Федерации», я разрешаю предоставлять информацию о диагнозе заболевания и иные сведения, полученные при обследовании и лечении лица, законным представителем которого я являюсь, в организации предоставляющие услуги детям группы риска с признаками РАС и РАС, для получения комплекса услуг в рамках концепции комплексного сопровождения людей с расстройствами аутистического спектра и другими ментальными нарушениями в Ханты-Мансийском автономном округе - Югре.

Содержание настоящего документа мною прочитано, разъяснено мне врачом, оно мне полностью понятно, что Я и удостоверяю своей подписью.

« » 20 г.

(дата)