

Информированное добровольное согласие на проведение профилактических медицинских осмотров, в том числе в целях выявления туберкулеза

Я, ____ Фамилия Имя Отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя ____ дата рождения
гражданина или законного представителя ____, зарегистрированный по адресу: ____ адрес
регистрации гражданина либо законного представителя ____, проживающий по адресу: ____
(указывается в случае проживания не по месту регистрации) ____ в отношении ____ Фамилия, Имя
Отчество (при наличии) пациента (при подписании согласия законным представителем) ____ дата рождения
пациента (при подписании законным представителем) ____, проживающего по адресу: ____ (в случае
проживания не по месту жительства законного представителя) ____ даю согласие на оказание
медицинской помощи в ____ ООО «Никор-Мед»

Я получил разъяснения по поводу предстоящего профилактического медицинского медицинского осмотра, в том числе в целях выявления туберкулеза.

Медицинским работником ____ должность, Ф. И. О. медицинского работника ____ в доступной для
меня форме разъяснены цели, методы проведения профилактического осмотра, в том
числе в целях выявления туберкулеза, 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 одного или нескольких видов
медицинских вмешательств, включенных в профилактический осмотр, или потребовать
его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных ч. 9 ст. 20
Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в
Российской Федерации».

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в
соответствии с п. 5 ч. 5 ст. 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об
основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана
информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем
которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

Я удостоверяю, что текст мною прочитан. Я подтверждаю, что мне понятен смысл всех
терминов, я имел(а) возможность задать вопросы и получил(а) на них ответы,
полученные объяснения меня удовлетворяют.

Я, ____ Фамилия Имя Отчество ____, согласен на прохождение профилактического
медицинского осмотра.

Я, ____ Фамилия Имя Отчество ____, не согласен (на) на прохождение профилактического
медицинского осмотра.

Пациент (его законный представитель)		
	Подпись	Фамилия Имя Отчество
Медицинский специалист		
	Подпись	Фамилия Имя Отчество

« ____ » _____ Г.