Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ

"Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"

ФБУЗ «Лечебно-реабилитационный центр Минэкономразвития России»

**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство**

**Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,**

**Дата рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, проживающий(ая) по адресу (по факту)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Адрес регистрации (по паспорту) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ паспорт серия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_выдан (когда)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(кем)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**сообщаю следующее:

Добровольно даю свое согласие на: проведение мне диагностических исследований на наличие новой коронавирусной инфекции методом (нужное отметить):

⁪ мазок из ротоглотки и носоглотки на наличие РНК SARS-CoV-2 с применением методов амплификации нуклеиновых кислот (МАНК);

⁪ мазок из ротоглотки и носоглотки на наличие антигена SARS-CoV-2 c применением иммунохроматографического анализа;

забор крови для лабораторного исследования на наличие иммуноглобулинов крови к новой коронавирусной инфекции COVID-19;

Медицинским работником мне разъяснено, что результаты исследования не являются диагнозом и должны быть интерпретированы лечащим врачом.

Медицинским работником мне разъяснено, что новая коронавирусная инфекция (COVID-19) постановлением Правительства Российской Федерации от 31 января 2020 года № 66 внесена в перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих.

Подписанием настоящего согласия в целях исполнения ст. 6 Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных» выражаю свое письменное согласие на обработку своих персональных данных, указанных непосредственно в настоящем согласии.

Под персональными данными понимается любая информация, относящаяся к определенному или определяемому на основании такой информации физическому лицу (субъекту персональных данных), в том числе его фамилия, имя, отчество, год, месяц, дата и место рождения, адрес, семейное, социальное, имущественное положение, образование, профессия, доходы, другая информация, а обработка таких данных предполагает действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных.

Подписанием настоящего соглашения выражаю свое письменное согласие на получение результатов исследований медицинскими работниками ФБУЗ «Лечебно-реабилитационный центр Минэкономразвития России» (передачу результатов анализов в ФБУЗ «Лечебно-реабилитационный центр Минэкономразвития России»), в т.ч. для дальнейшей передачи работодателю.Настоящее согласие дано на срок до: **бессрочно**

**Телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Эл.почта\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **“** |  | **”** |  | **20** |  | **года. Подпись пациента** | **Х** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Расписался в моем присутствии: | |  |  | | |  |
| Медицинский работник |  | | | (подпись) |  | **Х** |
|  | (Должность, И.О. Фамилия) | | |  |  |  |