

Информированное добровольное согласие на проведение предварительных, периодических и профилактических медицинских осмотров,
а также на оказание медицинской помощи
несовершеннолетним в период обучения и воспитания в образовательных организацияхЯ, нижеподписавшийся(ая) _____ «__» _____
года рождения, контактный телефон: _____

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет:

Я, нижеподписавшийся(ая) _____ «__» _____
года рождения, контактный телефон: _____
(Ф.И.О. родителя (иного законного представителя), дата рождения)
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) _____
«__» _____ года рождения, проживающего по адресу:

(Ф.И.О. несовершенно или лица, дата рождения, место жительства)

даю информированное добровольное согласие на проведение предварительных, периодических и профилактических медицинских осмотров, а также на оказание медицинской помощи в период обучения и воспитания в образовательных организациях в объеме, утвержденном приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 декабря 2012 г. N 1346н:

1. при проведении медицинских осмотров в соответствии с возрастным периодом, в которые проводятся профилактические медицинские осмотры несовершеннолетних:

1.1 на медицинские осмотры врачами-специалистами;

1.2 на лабораторные, функциональные и иные исследования.

В доступной для меня форме мне были разъяснены цели, методы проведения медицинских осмотров, несовершеннолетним и принципы оказания медицинской помощи в образовательных организациях.

Я ознакомлен(а) и согласен(а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно, пользуясь своим правом предусмотренным статьей 20 Федерального закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», соглашаюсь на проведение вышеуказанных мероприятий.

Даю согласие на обработку необходимых персональных данных (п. 1, 3 ст. 3, ст. 11 Федерального закона № 152-ФЗ «О персональных данных»).

Срок обработки: бессрочно.

Я оставляю за собой право в любое время отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес медицинской организации по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю учреждения.

Личная подпись (подпись законного представителя) _____ «__» _____ 20__ года

Подписан в моем присутствии:

Медицинский работник _____ // _____ (подпись)
(должность, Ф.И.О.)