

Информированное добровольное согласие на медицинские вмешательства при прохождении медицинского осмотра и получении медицинских услуг, обработку персональных данных, предоставление информации о результатах медосмотра в Фонд социального страхования Российской Федерации

Я, _____
(Ф.И.О. гражданина)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств при прохождении медицинского осмотра (Приказ Минздравсоцразвития России от 12.04.2011 N 302н в ред. от 13.12.2019) и получении медицинских услуг мною в ФБУН «Новосибирский НИИ гигиены» Роспотребнадзора.

В доступной для меня форме мне разъяснены цели прохождения медицинского осмотра, виды медицинских услуг, варианты медицинских вмешательств.

Настоящим даю свое согласие на обработку персональных данных, предоставление информации о результатах медосмотра в Фонд социального страхования Российской Федерации.

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 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 моего здоровья:

(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

_____	Подпись	Ф.И.О. гражданина	_____	Г.
Подпись	Ф.И.О. медицинского работника	_____	« _____ »	_____
			Дата оформления информированного добровольного согласия	

Информированное добровольное согласие на медицинские вмешательства при прохождении медицинского осмотра и получении медицинских услуг, обработку персональных данных, предоставление информации о результатах медосмотра в Фонд социального страхования Российской Федерации

Я, _____
(Ф.И.О. гражданина)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств при прохождении медицинского осмотра (Приказ Минздравсоцразвития России от 12.04.2011 N 302н в ред. от 13.12.2019) и получении медицинских услуг мною в ФБУН «Новосибирский НИИ гигиены» Роспотребнадзора.

В доступной для меня форме мне разъяснены цели прохождения медицинского осмотра, виды медицинских услуг, варианты медицинских вмешательств.

Настоящим даю свое согласие на обработку персональных данных, предоставление информации о результатах медосмотра в Фонд социального страхования Российской Федерации.

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 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 моего здоровья:

(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

_____	Подпись	Ф.И.О. гражданина	_____	Г.
Подпись,	Ф.И.О. медицинского работника	_____	« _____ »	_____
			Дата оформления информированного добровольного согласия	