

**Государственное бюджетное учреждение ДЗМ «Городская клиническая больница имени С.С. Юдина ДЗМ»**

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ГРАЖДАНИНА (ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ ГРАЖДАНИНА) С ОБЩИМ ПЛАНом ОБСЛЕДОВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ИЛИ ОТКАЗ ОТ НЕГО**

Данный раздел бланка заполняется гражданами старше 15 лет

Я, _____	<b>ТЕСТ ТЕСТ ТЕСТ</b>
<small>(указываются полностью фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) пациента в именительном падеже в соответствии с документом, удостоверяющим личность)</small>	
05.04.1996	года рождения, проживающий по адресу: _____
<small>(указывается адрес места жительства пациента)</small>	
паспорт: серия _____, номер _____, кем и когда выдан _____	
иной документ, удостоверяющий личность гражданина _____	
<small>(далее – пациент),</small>	

Данный раздел бланка заполняется только законным представителем пациента, не достигшего возраста 15 лет, или недееспособного гражданина

Я, _____	<small>(указываются полностью фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) законного представителя пациента в именительном падеже в соответствии с документом, удостоверяющим личность)</small>
проживающий по адресу: _____	<small>(указывается адрес места жительства законного представителя пациента)</small>
паспорт: серия _____, номер _____, кем и когда выдан _____	
иной документ, удостоверяющий личность законного представителя пациента _____	
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель): _____	<small>(указывается нужно)</small>
пациента (ребенка или гражданина, признанного недееспособным): _____	<small>(указывается нужно)</small>
<small>(указываются полностью фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) пациента; год рождения; реквизиты документа,</small>	
<small>подтверждающего право представлять интересы гражданина)</small>	

в соответствии со статьями 19, 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», находясь на лечении в медицинской организации:

Государственное бюджетное учреждение ДЗМ «Городская клиническая больница имени С.С. Юдина ДЗМ»

(полное наименование медицинской организации)

получил от своего лечащего врача \_\_\_\_\_

(полностью фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии), должность)

разъяснения по поводу своего (лица, законным представителем которого я являюсь) диагноза

(указывается название диагноза)

об особенностях течения заболевания, вероятной длительности лечения и вероятном прогнозе заболевания.

Лечащим врачом мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) предложен план обследования и лечения, даны полные разъяснения о характере, способах, целях, продолжительности, возможных неблагоприятных эффектах медицинского(их) вмешательства(я), а также о том, что предстоит делать мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) во время их проведения.

Я извещен о необходимости мной (лицом, законным представителем которого я являюсь) соблюдать режим в ходе лечения, регулярно принимать назначенные препараты, немедленно сообщать своему лечащему врачу о любом ухудшении

самочувствия, согласовывать с лечащим врачом прием любых непрописанных препаратов (например, для лечения простуды, гриппа, головной боли и т.п.).

Я извещен, что несоблюдение мной (лицом, законным представителем которого я являюсь) рекомендаций лечащего врача, режима приема препарата, бесконтрольное самолечение могут осложнить лечение и отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

Я проинформирован своим лечащим врачом (лечащим врачом лица, законным представителем которого я являюсь) о предполагаемом медикаментозном лечении и действии лекарственных препаратов, с возможными изменениями медикаментозной терапии в случае непереносимости тех или иных лекарственных препаратов, изменением состояния здоровья, требующего изменения тактики лечения. Подбор и осуществление медикаментозного и других видов лечения доверяю своему лечащему врачу (лечащему врачу лица, законным представителем которого я являюсь). Применение лекарственных препаратов и других методов лечения может быть назначено другими врачами по согласованию с моим лечащим врачом (лечащим врачом лица, законным представителем которого я являюсь).

Я уполномочиваю врачей выполнить в отношении меня (лица, законным представителем которого я являюсь) процедуру(ы) или дополнительное(ые) медицинское(ие) вмешательство(а) в соответствии с общим планом обследования и лечения.

Я имел возможность задать любые интересующие меня вопросы касательно состояния моего здоровья, заболевания и лечения и получил на них исчерпывающие, понятные мне ответы.

Мне разъяснено и понятно мое (лица, законным представителем которого я являюсь) право на отказ от оказания мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) медицинской помощи в соответствии с предложенным лечащим врачом общим планом обследования и лечения.

Я извещен о вероятном течении и осложнениях моего (лица, законным представителем которого я являюсь) заболевания при отказе от лечения.

Согласие пациента	Выбрать нужное, V	Отказ пациента	Выбрать нужное, V
Я соглашаюсь с предложенным мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) общим планом обследования и лечения:		Я отказываюсь от предложенного мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) общего плана обследования и лечения:	

28.06.2021

(дата оформления)

V

(подпись гражданина или законного  
представителя гражданина)

ТЕСТ ТЕСТ ТЕСТ

(Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

Я свидетельствую, что разъяснил все вопросы, связанные с оказанием медицинской помощи пациенту (представляемому) в соответствии с предложенным мною общим планом обследования и лечения пациента (представляемого). Настоящий документ подписан пациентом (законным представителем пациента) в моем присутствии.

28.06.2021

(дата оформления)

(подпись лечащего врача)

(фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) лечащего врача и его  
должность)

В случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, присутствующие при беседе лечащего врача и пациента врачи удостоверяют согласие пациента с предложенным ему общим планом обследования и лечения или его отказ:

28.06.2021

(дата оформления)

(подпись лечащего врача)

(Ф.И.О. лечащего врача)

(дата оформления)

(подпись врача)

(фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) врача, должность)

(дата оформления)

(подпись врача)

(фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) врача, должность)

**Государственное бюджетное учреждение ДЗМ «Городская клиническая больница имени С.С. Юдина ДЗМ»**

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ГРАЖДАНИНА (ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ ГРАЖДАНИНА) НА УЧАСТИЕ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ(ИХСЯ) И (ИЛИ) МЕДИЦИНСКОГО(ИХ) РАБОТНИКА(ОВ) СТОРОННЕЙ(ИХ) МЕДИЦИНСКОЙ(ИХ) ОРГАНИЗАЦИИ(Й) В ОКАЗАНИИ ГРАЖДАНИНУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ИЛИ ОТКАЗ ОТ НЕГО**

Данный раздел бланка заполняется гражданами старше 15 лет

Я, _____	ТЕСТ ТЕСТ ТЕСТ
<small>(указываются полностью фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) пациента в именительном падеже в соответствии с документом, удостоверяющим личность)</small>	
05.04.1996	года рождения, проживающий по адресу: _____
<small>(указывается адрес места жительства пациента)</small>	
паспорт: серия _____, номер _____, кем и когда выдан _____	
иной документ, удостоверяющий личность гражданина _____	
<small>(далее – пациент),</small>	

Данный раздел бланка заполняется только законным представителем гражданина, не достигшего возраста 15 лет, или недееспособного гражданина

Я, _____	
<small>(указываются полностью фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) законного представителя пациента в именительном падеже в соответствии с документом, удостоверяющим личность)</small>	
проживающий по адресу: _____	
<small>(указывается адрес места жительства законного представителя пациента)</small>	
паспорт: серия _____, номер _____, кем и когда выдан _____	
иной документ, удостоверяющий личность законного представителя пациента _____	
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель): _____	
<small>(указывается нужное)</small>	
пациента (ребенка или гражданина, признанного недееспособным): _____	
<small>(указывается нужное)</small>	
<small>(указываются полностью фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) пациента; год рождения; реквизиты документа,</small>	
<small>подтверждающего право представлять интересы гражданина)</small>	

действуя свободно, своей волей, в интересах своих (лица, законным представителем которого я являюсь), понимая значение своих действий:

- в соответствии с частью 9 статьи 21 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» даю свое добровольное согласие на оказание (отказываюсь от оказания) \_\_\_\_\_ мне медицинской помощи

обучающимся(ися) в \_\_\_\_\_

(указывается полное официальное наименование медицинской организации)

по профессиональным образовательным программам медицинского образования (далее – обучающийся(еся), под контролем медицинского(их) работника(ов), занимающего(их) штатную(ые) должность(и) в

Государственное бюджетное учреждение ДЗМ «Городская клиническая больница имени С.С. Юдина ДЗМ»

(указывается полное официальное наименование медицинской организации)



Государственное бюджетное учреждение ДЗМ «Городская клиническая больница  
имени С.С. Юдина ДЗМ»

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА (ЗАКОННОГО  
ПРЕДСТАВИТЕЛЯ ПАЦИЕНТА) НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

Данный раздел бланка заполняется гражданами старше 15 лет

Я, _____	ТЕСТ ТЕСТ ТЕСТ
<small>(указываются полностью фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) пациента в именительном падеже в соответствии с документом, удостоверяющим личность)</small>	
05.04.1996	года рождения, проживающий по адресу: _____
<small>(указывается адрес места жительства пациента)</small>	
паспорт: серия _____, номер _____, кем и когда выдан _____	
иной документ, удостоверяющий личность гражданина _____	
(далее – пациент),	

Данный раздел бланка заполняется только законным представителем пациента,  
не достигшего возраста 15 лет, или недееспособного гражданина

Я, _____	
<small>(указываются полностью фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) законного представителя пациента в именительном падеже в соответствии с документом, удостоверяющим личность)</small>	
проживающий по адресу: _____	
<small>(указывается адрес места жительства законного представителя пациента)</small>	
паспорт: серия _____, номер _____, кем и когда выдан _____	
иной документ, удостоверяющий личность законного представителя пациента _____	
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель): _____	
<small>(указывается нужное)</small>	
пациента (ребенка или гражданина, признанного недееспособным): _____	
<small>(указывается нужное)</small>	
<small>(указываются полностью фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) пациента; год рождения, реквизиты документа,</small>	
<small>подтверждающего право представлять интересы гражданина)</small>	

в соответствии с частью 1 статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» даю информированное добровольное согласие на следующий(ие) вид(ы) медицинского(их) вмешательства(я) (далее – Согласие):

№ п/п	Вид медицинского вмешательства



**Государственное бюджетное учреждение ДЗМ «Городская клиническая больница  
имени С.С. Юдина ДЗМ»**

**СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА (ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ ПАЦИЕНТА) НА ОБРАБОТКУ  
ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ**

**Данный раздел бланка заполняется гражданами старше 15 лет**

Я, _____	<b>ТЕСТ ТЕСТ ТЕСТ</b>
<small>(указываются полностью фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) пациента в именительном падеже в соответствии с документом, удостоверяющим личность)</small>	
05.04.1996	года рождения, проживающий по адресу: _____
<small>(указывается адрес места жительства пациента)</small>	
паспорт: серия _____, номер _____, кем и когда выдан _____	
иной документ, удостоверяющий личность гражданина _____	
<small>(далее – пациент)</small>	

**Данный раздел бланка заполняется только законным представителем пациента,  
не достигшего возраста 15 лет, или недееспособного гражданина**

Я, _____	<small>(указываются полностью фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) законного представителя пациента в именительном падеже в соответствии с документом, удостоверяющим личность)</small>
проживающий по адресу: _____	<small>(указывается адрес места жительства законного представителя пациента)</small>
паспорт: серия _____, номер _____, кем и когда выдан _____	
иной документ, удостоверяющий личность законного представителя пациента _____	
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель): _____	
<small>(указывается нужное)</small>	
пациента (ребенка или гражданина, признанного недееспособным): _____	
<small>(указывается нужное)</small>	
<small>(указываются полностью фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) пациента; год рождения; реквизиты документа,</small>	
<small>подтверждающего право представлять интересы гражданина)</small>	

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», действуя свободно, своей волей, в своих интересах (лица, законным представителем которого я являюсь), понимая значение своих действий, даю свое согласие медицинской организации:

Государственное бюджетное учреждение ДЗМ «Городская клиническая больница имени С.С. Юдина ДЗМ»

(указывается полное официальное наименование медицинской организации)

расположенной по адресу: г. Москва, Коломенский проезд, д. 4

(полное официальное наименование медицинской организации)

(далее – Оператор), на обработку моих (лица, законным представителем которого я являюсь) персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество (последнее – при наличии), пол, дату рождения, место рождения, гражданство, данные документа, удостоверяющего личность, номера телефонов для связи, адрес электронной почты (при наличии), место жительства, место регистрации, дату регистрации, страховой номер индивидуального лицевого счета (при наличии), принятый в соответствии с законодательством Российской Федерации об индивидуальном (персонифицированном) учете в системе обязательного пенсионного страхования (СНИЛС), номер полиса обязательного медицинского страхования застрахованного лица (при наличии), место работы (учебы) (наименование организации (учебного учреждения), адрес, занимаемая должность, и т.д.), идентификационный номер налогоплательщика, номер полиса добровольного медицинского страхования (наименование страховой компании), в том числе даю согласие на обработку специальной категории персональных данных: данных об оказании медицинских услуг, о состоянии здоровья и диагнозе, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью и иных сведений, полученных в результате медицинских исследований.

Указанные персональные данные предоставляю для обработки в следующих целях:

- в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну;

- обеспечения соблюдения в отношении меня (лица, законным представителем которого я являюсь) законодательства Российской Федерации и города Москвы, в сфере отношений, связанных с получением мной (лицом, законным представителем которого я являюсь) медицинских услуг в рамках обязательного медицинского страхования, социальных гарантий и компенсаций по нетрудоспособности;

- осуществления передачи результатов медицинских исследований (лабораторных, инструментальных и иных видов диагностических исследований) на адрес электронной почты (e-mail), указанный мной в соответствующем запросе, при его подаче и наличии технической возможности;

- реализации Оператором своих полномочий и выполнения своих обязанностей, обязательств и компетенций, определенных Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», статьей 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», а также иными законами и нормативными правовыми актами Российской Федерации и города Москвы.

Предоставляю Оператору право осуществлять любое действие (операцию) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с моими персональными данными (лица, законным представителем которого я являюсь), в том числе в электронном виде, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

В процессе оказания Оператором мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, передавать мои (лица, законным представителем которого я являюсь) персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего (лица, законным представителем которого я являюсь) обследования и лечения.

Я информирован(а) о том, что:

- персональные данные и сведения, составляющие врачебную тайну, могут быть переданы Оператором в страховую медицинскую организацию, в Московский городской фонд обязательного медицинского страхования (МГФОМС), в органы Фонда социального страхования, в Департамент здравоохранения города Москвы и в другие органы власти Российской Федерации, субъектов Российской Федерации. Оператор вправе поручить обработку персональных данных и сведений, составляющих врачебную тайну органам, службам, предприятиям и учреждениям, в том числе, Департаменту информационных технологий города Москвы, а также уполномоченному учреждению Департамента информационных технологий города Москвы – Государственному казенному учреждению города Москвы «Информационно-аналитический центр в сфере здравоохранения» (в случае, если обработка будет поручена данному лицу), если это не противоречит законодательству Российской Федерации и целям медицинской организации, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будет осуществляться лицом, обязанным сохранять конфиденциальность;

- Оператор вправе обрабатывать мои (лица, законным представителем которого я являюсь) персональные данные и сведения, составляющие врачебную тайну неавтоматизированным и автоматизированным способами, посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные нормативными правовыми актами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа.

Настоящий документ вступает в силу с даты его подписания и действует в течение неопределенного срока.

Настоящий документ может быть мною отозван посредством составления соответствующего письменного заявления, которое должно быть направлено в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручено лично под подпись уполномоченному представителю Оператора.

В случае отзыва настоящего документа Оператор вправе продолжить обработку персональных данных и сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия при наличии оснований, указанных в пунктах 2-11 части 1 статьи 6, части 2 статьи 10 и части 2 статьи 11 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».

Персональные данные и сведения, составляющие врачебную тайну, хранятся у Оператора в течение срока хранения первичных медицинских документов, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

Персональные данные и сведения, составляющие врачебную тайну, предоставляемые в отношении третьих лиц, будут обрабатываться Оператором только в рамках осуществления возложенных на него полномочий и обязанностей.

Я удостоверяю, что:

- права как субъекта персональных данных мне разъяснены и мне понятны;

- на все мои вопросы я получил(а) понятные мне ответы;

- текст настоящего документа мною прочитан, мне понятно назначение настоящего документа, полученные разъяснения мне понятны.

Дата начала обработки персональных данных: 28.06.2021

Пациент / законный представитель пациента . V

(подпись)

ТЕСТ ТЕСТ ТЕСТ

(Ф.И.О.)

Если пациент, по каким-либо причинам, не может собственноручно подписать настоящий документ, но может в устной форме выразить свое согласие с положениями, указанными выше, настоящий документ заверяется двумя подписями медицинских работников Оператора.

(указываются наименование должности медицинского работника Оператора; подпись, фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) – полностью в именительном падеже в соответствии с документом, удостоверяющим личность; дата подписания)

(указываются наименование должности медицинского работника Оператора; подпись, фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) – полностью в именительном падеже в соответствии с документом, удостоверяющим личность; дата подписания)

**Государственное бюджетное учреждение ДЗМ «Городская клиническая больница имени С.С. Юдина ДЗМ»**

**ИНФОРМИРОВАННЫЙ ОТКАЗ ПАЦИЕНТА (ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ ПАЦИЕНТА) ОТ ПРОВЕДЕНИЯ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА**

**Данный раздел бланка заполняется гражданами старше 15 лет**

Я, _____	<b>ТЕСТ ТЕСТ ТЕСТ</b>
<small>(указываются полностью фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) пациента в именительном падеже в соответствии с документом, удостоверяющим личность)</small>	
05.04.1996	года рождения, проживающий по адресу: _____
<small>(указывается адрес места жительства пациента)</small>	
паспорт: серия _____, номер _____, кем и когда выдан _____	
иной документ, удостоверяющий личность гражданина _____	
(далее – пациент),	

**Данный раздел бланка заполняется только законным представителем пациента, не достигшего возраста 15 лет, или недееспособного гражданина**

Я, _____	<small>(указываются полностью фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) законного представителя пациента в именительном падеже в соответствии с документом, удостоверяющим личность)</small>
проживающий по адресу: _____	<small>(указывается адрес места жительства законного представителя пациента)</small>
паспорт: серия _____, номер _____, кем и когда выдан _____	
иной документ, удостоверяющий личность законного представителя пациента _____	
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель): _____	<small>(указывается нужное)</small>
пациента (ребенка или гражданина, признанного недееспособным): _____	<small>(указывается нужное)</small>
<small>(указываются полностью фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) пациента; год рождения; реквизиты документа, подтверждающего право представлять интересы гражданина)</small>	

находясь на лечении (обследовании), при оказании мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) медицинской помощи в медицинской организации государственной системы здравоохранения города Москвы, оказывающей специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь в стационарных условиях:

Государственное бюджетное учреждение ДЗМ «Городская клиническая больница имени С.С. Юдина ДЗМ»  
(полное официальное наименование медицинской организации)

отказываюсь от проведения мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) следующего(их) вида(ов) медицинского(их) вмешательства(я) (далее – Отказ):

№ п/п	Вид медицинского вмешательства

для получения медицинской помощи / получения медицинской помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в медицинской организации государственной системы здравоохранения города Москвы, оказывающей специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь в стационарных условиях:

Государственное бюджетное учреждение ДЗМ «Городская клиническая больница имени С.С. Юдина ДЗМ»  
(полное официальное наименование медицинской организации)

Врачом \_\_\_\_\_

(наименование должности врача, указывается полностью фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) врача)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, 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, указанных в настоящем Согласии, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (медицинское вмешательство без согласия гражданина или законного представителя гражданина допускается: - если медицинское вмешательство необходимо по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни человека и если его состояние не позволяет выразить свою волю или отсутствуют законные представители; - в отношении лиц, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих; - в отношении лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами).

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана в моих интересах (в интересах лица, законным представителем которого я являюсь) информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь, включая медицинскую документацию, в том числе после смерти пациента:

\_\_\_\_\_ (указываются полностью фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) гражданина; контактный телефон)

Лицу, уполномоченному пациентом или его законным представителем на получение сведений о состоянии здоровья, предоставляется возможность знакомиться с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента, а также получать отражающие состояние здоровья пациента медицинские документы (их копии) и выписки из них, в том числе в форме электронных документов.

V \_\_\_\_\_

(подпись пациента или законного представителя пациента)

ТЕСТ ТЕСТ ТЕСТ \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. пациента или законного представителя пациента)

\_\_\_\_\_ (подпись врача)

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. врача)

28.06.2021 \_\_\_\_\_

(дата оформления)

ГБУЗ «ГКБ им. С.С. Юдина ДЗМ»

## ОТКАЗ ОТ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

Я, ТЕСТ ТЕСТ ТЕСТ  
(Фамилия, имя, отчество)

пациент(ка) ГБУЗ «ГКБ им. С.С. Юдина ДЗМ»  
(наименование ЛПУ)

и законный представитель пациента

\_\_\_\_\_  
(ФИО, реквизиты документа, подтверждающего право представлять интересы больного)

, отказываюсь от предложенной мне госпитализации.

О своем заболевании и возможных осложнениях его течения информирован(а), рекомендации по лечению получил (а).

Я, пациент или его законный представитель, не буду иметь каких-либо претензий к данному лечебно-профилактическому учреждению в случае развития негативных последствий вследствие моего решения.

Пациент (законный представитель) \_\_\_\_\_ ТЕСТ ТЕСТ ТЕСТ \_\_\_\_\_ 28.06.2021  
(подпись, фамилия и инициалы, дата)

Лечащий врач \_\_\_\_\_  
(подпись, фамилия и инициалы)