

Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи
Informed voluntary consent to the types of medical interventions which are included in the List of Medical Interventions for which citizens give informed voluntary consent when choosing a doctor and medical organization to receive primary health care

Я / I, _____
(Ф.И.О. гражданина / full parent's or legal representative's name)

« ____ » _____ года рождения / *date of birth*, зарегистрированный по адресу / *permanent address*: _____

Законный представитель (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель – подчеркнуть / *Legal representative of (mother, father, adoptive parent, official guardian, trustee - underline as necessary)*

(Ф.И.О. несовершеннолетнего / Full minor's name)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 года №390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 года №24082) (далее - Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении «Международный детский центр «Артек» (далее – Центр)/

give informed voluntary consent to the types of medical interventions included in the List of Medical Interventions which citizens give informed voluntary consent when choosing a doctor and medical organization for primary health care, approved by the order of the Ministry of Health and Social Development of the Russian Federation, April 23, 2012, No. 390n (registered by the Ministry of Justice of the Russian Federation on May 5, 2012 No. 24082) (hereinafter - the List), to receive primary health care for person, whose legal representative I am, in the Federal State Budget Educational Institution «International Child Centre «Artek» (hereinafter - Artek).

Я также даю согласие на обработку необходимых персональных данных в объеме и способами, указанными в п. 1.3 ст.11 Федерального закона № 152-ФЗ «О персональных данных». Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие субъекта персональных данных: фамилия, имя, отчество, дата и место рождения, адрес, контактный телефон, реквизиты, полис ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, другая информация /

I also consent to the processing of the necessary personal data in the amount and manner specified in the Act 1.3 of Article 11 of the Federal Law № 152-FZ "On Personal Data". The list of personal data processing: surname, name, patronymic, date and place of birth, address, contact phone number, compulsory medical insurance, insurance number of an individual personal account in the Pension Fund of Russia, data on the state of health, diseases, cases of seeking medical help, other information.

Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие: сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передача) в порядке, установленном законодательством РФ, обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных, иные действия /

The list of the actions with personal data for which consent is given: gathering, systematization, accumulation, storage, clarification (updating, changing), usage, distribution (including transfer) in the manner established by the legislation of the Russian Federation, depersonalization, blocking, destruction of personal data etc.

Мне - родителю (законному представителю) ребенка, разъяснено право ознакомиться с целями, методами оказания медицинской помощи, связанными с ними рисками, возможными вариантами медицинских вмешательств, их последствий, в том числе вероятностью развития осложнений, а также предполагаемыми результатами оказания медицинской помощи, находящимися на электронных ресурсах /

I, the parent (legal representative) of the minor, have been clarified the right to familiarize with the goals, methods of providing medical care, the risks associated with them, possible options for medical interventions, its

consequences, including the likelihood of complications, as well as the expected results of the medical care provided on the following web sources:

-Банк документов Министерства здравоохранения Российской Федерации / *Bank of documents of the Ministry of Health of the Russian Federation* - <https://www.rosminzdrav.ru/documents>

-Федеральная электронная медицинская библиотека (ФЭМБ) Министерства здравоохранения Российской Федерации/ *The Federal Medical Library of the Ministry of Health of the Russian Federation* - <http://www.femb.ru/feml>.

Медицинским работником / *Healthcare worker*

*должность, Ф.И.О. медицинского работника / position, full name of the healthcare worker**

**Заполняется в случае личного присутствия родителя (законного представителя) при заезде ребенка в Центр / To be completed by personal presence of a parent (legal representative) at ICC «Artek»*

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 / *has explained to me in an accessible form the goals, methods of providing medical care, the risk associated with them, possible options for medical interventions, its consequences, including the likelihood of complications, as well as the expected results of medical care.*

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, №48, ст.6724; 2012, №26, ст.3442, 3446) / *It's clear that I have the right to refuse one or several types of medical interventions included in the List, or to demand it's termination, with the exception of cases provided in paragraph 9 of Article 20 of Federal Law, November 21, 2011 No. 323-FL "On the basics of protecting the health of citizens in the Russian Federation" (Legislation Bulletin of the Russian Federation, 2011, No. 48, Article 6724; 2012, No. 26, Article 3442, 3446).*

(подпись / signature)

*(Ф.И.О. медицинского работника / full name of the healthcare worker) **

**Заполняется в случае личного присутствия родителя (законного представителя) при заезде ребенка в Центр / To be completed by personal presence of a parent (legal representative) at ICC «Artek»*

Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты / *I have read and agreed with all the clauses of this document, the provisions of which are explained and clear for me.*

Настоящее согласие действует на время пребывания моего ребенка в Центре. Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Центра по почте заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручен лично под расписку представителю Центра / *This consent is valid for the duration of my minor's staying in the Centre. I reserve the right to withdraw my consent by writing the document, which can be sent to the Centre by registered mail with the notice of receipt, or can be delivered personally to the representative of the Centre on signed receipt.*

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 года №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии здоровья лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) / *In accordance with Act 5, Chapter 5, Article 19 of Federal Law No. 323, November 21, 2011 "On the Basics of Citizens' Health Protection in the Russian Federation" I provide information about the persons I have chosen for receiving information about the health of the person whose legal representative I am (cross out the unnecessary).*

(Ф.И.О. выбранного лица, контактный телефон / full name of chosen person, phone number)

Прочим лицам информацию о состоянии здоровья ребенка не предоставлять / *Do not provide the information about the minor's health state to anyone else.*

(подпись / signature)

(Ф.И.О. медицинского работника / full name of the healthcare worker)

(подпись / signature)

(Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина / full name of the parent or a legal representative)

«___» _____ 20___ г.

(дата оформления / date)

Отказ от видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи
Informed voluntary refusal to the types of medical interventions which are included to the List of Medical Interventions for which citizens give informed voluntary consent when choosing a doctor and medical organization to receive primary health care

Я / I, _____
(Ф.И.О. гражданина / full name)

«__» _____ года рождения / *date of birth*, зарегистрированный по адресу / *permanent address*: _____

Законный представитель (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель – подчеркнуть) / *Legal representative (mother, father, adoptive parent, official guardian, trustee - underline as necessary)*

(Ф.И.О. несовершеннолетнего / Full minor's name)

отказываюсь от следующих видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 года № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 года № 24082) (далее – виды медицинских вмешательств) в федеральном государственном образовательном учреждении «Международный детский центр «Артек» (далее – Центр) / *refuse to conduct the types of medical interventions included in the List of Medical Treatments which citizens give consent to when choosing a doctor and medical organization for primary health care, approved by the order of the Ministry of Health and Social Development of the Russian Federation, April 23, 2012 No. 390n (registered by the Ministry of Justice of the Russian Federation on May 5, 2012 No. 24082) (hereinafter - the List) in the Federal State Budget Educational Institution International Child Centre «Artek» (hereinafter - Centre):*

(наименование вида медицинского вмешательства / the type of intervention)

Медицинским работником / *Healthcare worker*

(должность, Ф.И.О. медицинского работника / title and full name) *

*Заполняется в случае личного присутствия родителя (законного представителя) при заезде ребенка в Центр / *To be completed by personal presence of a parent (legal representative) at ICC «Artek»*

в доступной для меня форме мне разъяснены возможные последствия отказа от вышеуказанных видов медицинских вмешательств, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния) / *in an accessible form has explained to me all possible consequences of refusing of abovementioned interventions, including the likelihood of complications in case of disease and critical conditions.*

Мне разъяснено, что при возникновении необходимости в осуществлении одного или нескольких видов медицинских вмешательств, в отношении которых оформлен настоящий отказ, я имею право оформить информированное добровольное согласие на такой вид (такие виды) медицинского вмешательства / *It is explained to me that if it becomes necessary to carry out one or more types of medical interventions for which this refusal is made, I have the right to issue informed voluntary consent for this type (s) of medical intervention.*

(подпись / signature)

(Ф.И.О. медицинского работника / full name of the healthcare worker) *

*Заполняется в случае личного присутствия родителя (законного представителя) при заезде ребенка в Центр / *To be completed by personal presence of a parent (legal representative) at ICC «Artek»*

Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты / *I read and understood a consent, agreed and accepted on all clauses, which are clear for me.*

Настоящее согласие действует на время пребывания моего ребенка в Центре / *This consent is valid during my child's stay in the Centre.*

Я оставляю за собой право отозвать свой отказ от видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-

санитарной помощи посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Центра по почте заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручен лично под расписку представителю Центра / *I hereby reserve the right to withdraw my refusal of the interventions types in the List of Medical Interventions to which citizens give informed voluntary consent when choosing a doctor and medical organization for receiving primary health care by drawing up a corresponding written document, which can be sent to the Centre by registered mail with the notice of receipt, or can be delivered personally to the representative of the Centre on signed receipt.*

(подпись / signature)

(Ф.И.О. медицинского работника / full name of the healthcare worker)

(подпись / signature)

(Ф.И.О. гражданина или законного представителя
гражданина / full name of the parent (legal representative))

« _____ » _____ 20 _____ г.
(дата оформления / date)

Директор