

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Пермского края
«Краевая клиническая психиатрическая больница»

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство
в виде диспансерного наблюдения

Я _____,
(фамилия, имя, отчество – полностью)
_____ года рождения, проживающий (-ая) по адресу: _____

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:
Я, паспорт: _____ выдан: _____
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного
недееспособным:

(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год рождения)

в соответствии с требованиями ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство в виде диспансерного наблюдения (динамического наблюдения, в т. ч. необходимого обследования, за состоянием здоровья пациентов в целях своевременного выявления, предупреждения осложнений, обострения заболевания, иных патологических состояний, их профилактики, осуществления лечения и медицинской реабилитации указанных лиц, а также подтверждения наличия стойкой ремиссии заболевания) в государственном бюджетном учреждении здравоохранения Пермского края «Краевая клиническая психиатрическая больница» (далее по тексту - ГБУЗ ПК «ККПБ») в отношении

(Ф.И.О. пациента либо слово «меня»)
в доступной для меня форме мне разъяснены сроки и порядок диспансерного наблюдения, 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 письменно отказать от диспансерного наблюдения (приказ Министерства здравоохранения РФ от 30.12.2015 № 1034н "Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю "психиатрия-наркология" и порядка диспансерного наблюдения за лицами с психическими расстройствами и (или) расстройствами поведения, связанными с употреблением психоактивных веществ").

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти: _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

(подпись) _____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

(подпись) _____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

« _____ » _____ Г.
(дата оформления)