**Приложение № 1 к договору № 2019/ на оказание платных медицинских услуг ( *Указать наименование организации* )**

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА**

**НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО (психиатрическую медицинскую помощь)**

Я, в соответствии с требованиями статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и статей 4, 11 и 28 Закона РФ от 02.07.1992 N 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» **даю информированное добровольное согласие на осуществление в отношении меня медицинского вмешательства, а именно медицинского осмотра врачом-психиатром в ГКУЗ «ККПБ им. В.Х. Кандинского».**

Я ознакомлен (а) с особенностями названного медицинского вмешательства.

Я получил (а) информацию о целях, методах и предполагаемых результатах проведения медицинского осмотра.

Я получил (а) подробные пояснения в отношении состояния моего здоровья.

Я имел (а) возможность задать все интересующие вопросы. Мне даны исчерпывающие ответы на все интересующие вопросы.

Я даю разрешение врачу-психиатру ГКУЗ «ККПБ им. В.Х. Кандинского» проводить любые диагностические мероприятия, которые он сочтет необходимыми, в рамках медицинского осмотра.

Мне была предоставлена вся интересующая информация о состоянии моего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

Исключений, запрета, либо противопоказаний для проведения медицинского вмешательства не имею.

Я также даю согласие на обработку и передачу моих персональных данных, в объеме и способами, указанными в п.1., 3. ст. 3., ст. 11 Федерального закона №152-ФЗ «О персональных данных», для целей оказания медицинских услуг.

В случае отказа сотрудника от подписания данного документа, сотрудник считается неинформированным о медицинском вмешательстве в отношении него, и услуга ему предоставлена быть не может.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Фамилия, Имя, Отчество** | **Дата рождения** | **Адрес проживания** | **Занимаемая должность** | **Подпись о даче добровольного информированного согласия на медицинское вмешательство** |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |

**Директор\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ф.И.О**