



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

**государственное бюджетное учреждение здравоохранения Архангельской области
"Архангельский психоневрологический диспансер "**

ПРИКАЗ

«13» февраля 2017 г.

г. Архангельск

№ 17

*«Об утверждении типовых форм согласия и отказа
при обращении граждан в ГБУЗ Архангельской области
«Архангельский психоневрологический диспансер»*

В целях обеспечения выполнения требований статьи 9 Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», статей 11, 12, 23, 28 Закона от 02 июля 1992 года № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании», Федерального закона от 24 июня 1999 г. № 120 - ФЗ «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних»

и в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения РФ от 20 декабря 2012 г. № 1177н « Об утверждении порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинских вмешательств, форм информированного добровольного согласия на медицинского вмешательства и форм отказа от медицинского вмешательства», Приказом Министерства и социального развития РФ от 23 апреля 2012 г. № 390н «Об утверждении Перечня определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи", Приказом Министерства здравоохранения РФ от 30 декабря 2015 г. № 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"

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить:

1.2. следующие типовые формы согласия и отказа при обращении граждан в ГБУЗ Архангельской области «Архангельский психоневрологический диспансер» - (далее по тексту - Диспансер) для осуществления медицинской помощи в рамках территориальной программы госгарантии:

1.2.1. Согласие на обработку персональных данных – Приложение № 1;

1.2.2. Бланк-заявление об отказе предоставления персональных данных – Приложение № 2;

- 1.2.3. Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств для получения первичной медико-санитарной помощи – Приложение № 3;
- 1.2.4. Отказ от видов медицинских вмешательств при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи – Приложение № 4;
- 1.2.5. Информированное добровольное согласие на психиатрическое освидетельствование – Приложение № 5;
- 1.2.6. Отказ от психиатрического освидетельствования – Приложение № 6;
- 1.2.7. Согласие на лечение – Приложение № 7;
- 1.2.8. Отказ от лечения - Приложение № 8;
- 1.2.9. Согласие на госпитализацию в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях – Приложение № 9;
- 1.2.10. Отказ от госпитализации в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях – Приложение № 10;
- 1.2.11. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство в форме диспансерного наблюдения – Приложение № 11;
- 1.2.12. Отказ от медицинского вмешательства в форме диспансерного наблюдения и предупреждение о последствиях – Приложение № 12;
- 1.2.13. Памятка пациента об условиях наблюдения и лечения в подразделениях наркологического профиля ГБУЗ Архангельской области «Архангельский психоневрологический диспансер» - Приложение № 13;
- 1.2.14. Согласие субъекта на передачу его персональных данных и сведений, составляющих врачебную тайну, третьей стороне – Приложение № 14.

1.3. Порядок оформления типовых форм согласия и отказа при осуществлении медицинской деятельности:

- 1.3.1. Приложение № 1 - оформлять при первом обращении в Диспансер;
- 1.3.2. Приложение № 2 - оформлять при первом или последующем обращении в Диспансер;
- 1.3.3. Приложение № 3 - оформлять при первом обращении пациента за первичной медико-санитарной помощью;
- 1.3.4. Приложение № 4 - оформлять при первом обращении пациента за первичной медико-санитарной помощью;
- 1.3.5. Приложение № 5 - оформлять при обращении пациента за медицинским освидетельствованием по профилю «психиатрия», «психотерапия» и «психиатрия-наркология» при первом обращении в текущем году;
- 1.3.6. Приложение № 6 - оформлять при обращении пациента за медицинским освидетельствованием по профилю «психиатрия», «психотерапия» и «психиатрия-наркология» при первом обращении в текущем году;
- 1.3.7. Приложение № 7 - оформлять при обращении пациента за лечением по профилю «психиатрия», «психотерапия» и «психиатрия-наркология» при первом обращении в Диспансер в текущем году;
- 1.3.8. Приложение № 8 - оформлять при обращении пациента за лечением по профилю «психиатрия», «психотерапия» и «психиатрия-наркология» при первом обращении в Диспансер в текущем году;
- 1.3.9. Приложение № 9 - оформлять при направлении пациента в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях;

1.3.10. Приложение № 10 - оформлять при направлении пациента в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях;

1.3.11. Приложение № 11 - оформлять при постановке пациента наркологических подразделений на диспансерное наблюдение;

1.3.12. Приложение № 12 - оформлять при постановке пациента наркологических подразделений на диспансерное наблюдение;

1.3.13. Приложение № 13 - оформлять дополнительно к информированному добровольному согласию на медицинское вмешательство в форме диспансерного наблюдения под роспись пациента с выдачей второго экземпляра на руки пациенту.

1.3.14. Приложение № 14 - оформлять при первом обращении пациента детских подразделений Диспансера и их родителей (или иных законных представителей) за первичной медико-санитарной помощью с пояснениями требований федерального законодательства в части межведомственного взаимодействия.

2. Ввести в действие, указанные в п. 1 Приказа типовые формы согласий и отказа граждан с даты подписания настоящего Приказа.

3. Назначить Заведующих структурных подразделений Диспансера ответственными за своевременное оформление типовых форм согласий и отказов при обращении граждан в диспансер и организацию работы по информированию граждан о необходимости обработки персональных данных в целях повышения качества оказания медицинской помощи.

4. Заведующим структурных подразделений осуществлять контроль над сохранностью подписанных типовых форм согласий и отказов и соблюдением мер, обеспечивающих защиту персональных данных и сведений, составляющих врачебную тайну от несанкционированного доступа.

5. Заведующим структурных подразделений ознакомить заинтересованных сотрудников с настоящим приказом под роспись – Приложение № 15.

6. Назначить заведующую организационно-методическим консультативным отделом Диспансера Лазурко О.Я. ответственным за своевременное обеспечение структурных подразделений Диспансера бланками типовых форм согласий и отказов по заявке заведующих.

7. Назначить ведущего юрисконсульта Диспансера Коленченко А.Г. ответственным за юридическое сопровождение и консультирование граждан по правовым вопросам

8. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить оставляю за собой.

Главный врач

В.А. Яшкович

**СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных**

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество)

документ, удостоверяющий личность

(вид документа, серия и номер)

выдан _____,

(кем и когда выдан)

проживающий (ая)

в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.06 г. "О персональных данных" № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку ГБУЗ Архангельской области «Архангельский психоневрологический диспансер» (далее – Оператор) моих персональных данных, персональных данных моего ребенка _____, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, – 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.

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

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, персональными данными моего ребенка, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные, данные моего ребенка посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов).

Срок хранения моих персональных данных, данных моего ребенка соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет для стационара, пять лет – для поликлиники.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной _____ (дата) на двадцать пять лет.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате, оказанной мне до этого медицинской помощи.

Контактный телефон(ы) _____ и почтовый адрес _____

Подпись субъекта персональных данных _____

.....
.....
(наименование учреждения, ФИО главного врача)
.....
.....
.....
(от кого Ф.И.О. и адрес)

**БЛАНК - ЗАЯВЛЕНИЕ
об отказе предоставления и (или) обработки персональных данных**

..... мне было предложено подписать
бланк «Согласие на обработку персональных данных» для
.....
.....
.....
(указать для чего получается «Согласие»)

Я не даю согласие на обработку моих персональных данных по следующим основаниям:

1. Обязательное получение согласия на обработку персональных данных при

.....
.....
.....

(указать: при предоставлении медицинской помощи, оформлении и выдаче документов и др.)

противоречит

.....
.....
.....

2. Согласие на обработку моих персональных данных (персональных данных моих детей)

.....
(указать)
противоречит моим интересам и интересам моей семьи.

В соответствии со статьей 9 Федерального закона №152-ФЗ «О персональных данных» субъект персональных данных принимает решение о предоставлении своих персональных данных и дает согласие на их обработку своей волей и в своем интересе.

Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств для получения первичной медико-санитарной помощи

Я, _____
(Ф. И. О. гражданина)

« _____ » _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу: _____

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

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 г. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее — Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в Государственном бюджетном учреждении здравоохранения Архангельской области «Архангельский психоневрологический диспансер». Медицинским работником (ФИО, должность работника) _____

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, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446).

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 или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть),

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

(подпись)

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

(подпись)

(Ф. И. О. медицинского работника)

« _____ » _____ г.
(дата оформления)

Отказ от видов медицинских вмешательств для получения первичной медико-санитарной помощи

Я, _____,
(Ф. И. О. гражданина)

« _____ » _____ г. рождения, зарегистрированный
по адресу: _____,
(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

при оказании мне первичной медико-санитарной помощи в Государственном бюджетном учреждении здравоохранения Архангельской области «Архангельский психоневрологический диспансер» 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 г. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее — виды медицинских вмешательств):

(наименование вида медицинского вмешательства)

Медицинским работником _____
(должность, Ф. И. О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены возможные последствия отказа от вышеуказанных видов медицинских вмешательств, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния). 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.

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

(подпись) _____
(Ф. И. О. медицинского работника)

« _____ » _____ г.
(дата оформления)

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Архангельской области
«Архангельский психоневрологический диспансер»

Информированное добровольное согласие на психиатрическое освидетельствование

Я, _____,
(Ф.И.О. полностью)

дата рождения « ____ » _____ г.

Этот раздел бланка заполняет законный представитель лиц, не достигших возраста 15 лет, а также недееспособных лиц

_____ (моего сына, дочери в возрасте до 15 лет или моего подопечного-)

_____ указать фамилию, имя, отчество, дату рождения пациента)

в соответствии с требованиями статьи 23 Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании» даю согласие на период один год на освидетельствование/освидетельствование несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет /освидетельствование недееспособного, не способного по своему состоянию дать согласие на психиатрическое освидетельствование (нужное подчеркнуть) врачом-психиатром, психотерапевтом, психиатром-наркологом (нужное подчеркнуть)

Я даю согласие на предоставление сведений обо мне, составляющих врачебную тайну,

_____ (Ф.И.О доверенного лица/наименование работодателя)

Я уведомлен (а), что предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя допускается в случаях, установленных ст.13 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

« ____ » _____ 20 ____ г.

Подпись пациента
(или его законного представителя) _____

Врач психиатр _____

Подпись врача психиатра _____

Психиатр-нарколог _____

Подпись психиатра-нарколога _____

Психотерапевт _____

Подпись психотерапевта _____

(ФИО)

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Архангельской области
«Архангельский психоневрологический диспансер»

Отказ от психиатрического освидетельствования

Я, _____,
(Ф.И.О. полностью)
дата рождения « ____ » _____ г., проживающий по адресу

Этот раздел бланка заполняет законный представитель лиц, не достигших возраста 15 лет, а также недееспособных лиц

_____ (моего сына, дочери в возрасте до 15 лет или моего подопечного-)

_____ указать фамилию, имя, отчество, дату рождения пациента)

отказываюсь от проведения психиатрического освидетельствования.

Мне разъяснены возможные последствия отказа от психиатрического освидетельствования.

« ____ » _____ 20 ____ г.

**Подпись пациента
(или его законного представителя)** _____

Врач психиатр _____

Подпись врача психиатра _____

Психиатр-нарколог _____

Подпись психиатра-нарколога _____

Психотерапевт _____

Подпись психотерапевта _____

(ФИО)

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Архангельской области
«Архангельский психоневрологический диспансер»

Информированное добровольное согласие на лечение

Я, _____,
(Ф.И.О. полностью)
дата рождения « ____ » _____ г., проживающий по адресу

Этот раздел бланка заполняет законный представитель лиц, не достигших возраста 15 лет, а также недееспособных лиц

_____ (моего сына, дочери в возрасте до 15 лет или моего подопечного-)

_____ указать фамилию, имя, отчество, дату рождения пациента)

в соответствии с требованиями статьи 11 Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании» даю согласие на лечение на период один год.

Мне сообщено о характере психического расстройства, целях, методах, включая альтернативные и продолжительности рекомендуемого лечения, а также о болевых ощущениях, возможном риске, побочных эффектах и ожидаемых результатах.

« ____ » _____ 20 ____ г.

**Подпись пациента
(или его законного представителя)** _____

Врач психиатр _____

Подпись врача психиатра _____

Психиатр-нарколог _____

Подпись психиатра-нарколога _____

Психотерапевт _____

Подпись психотерапевта _____

(ФИО)

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Архангельской области
«Архангельский психоневрологический диспансер»

Отказ от лечения

Я, _____,
(Ф.И.О. полностью)
дата рождения « ____ » _____ г., проживающий по адресу

Этот раздел бланка заполняет законный представитель лиц, не достигших возраста 15 лет, а также недееспособных лиц

_____ (моего сына, дочери в возрасте до 15 лет или моего подопечного-)

_____ указать фамилию, имя, отчество, дату рождения пациента)

в соответствии с требованиями статьи 12 Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании» отказываюсь от лечения.

Мне разъяснены возможные последствия отказа или прекращения лечения, а именно

« ____ » _____ 20 ____ г.

**Подпись пациента
(или его законного представителя)** _____

Врач психиатр _____

Подпись врача психиатра _____

Психиатр-нарколог _____

Подпись психиатра-нарколога _____

Психотерапевт _____

Подпись психотерапевта _____

(ФИО)

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Архангельской области
«Архангельский психоневрологический диспансер»

**Согласие на госпитализацию в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в
стационарных условиях**

Я, _____,
(Ф.И.О. полностью)
дата рождения «___» _____ г., проживающий по адресу

Этот раздел бланка заполняет законный представитель лиц, не достигших возраста 15 лет, а также недееспособных лиц

_____ (моего сына, дочери в возрасте до 15 лет или моего подопечного-)

_____ указать фамилию, имя, отчество, дату рождения пациента)

в соответствии с требованиями статьи 28 Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании» даю согласие на госпитализацию в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях

«___» _____ 20__ г.

**Подпись пациента
(или его законного представителя)** _____

Врач психиатр _____

Подпись врача психиатра _____

Психиатр-нарколог _____

Подпись психиатра-нарколога _____

Психотерапевт _____

Подпись психотерапевта _____

(ФИО)

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Архангельской области
«Архангельский психоневрологический диспансер»

Отказ от госпитализации в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в
стационарных условиях

Я, _____,
(Ф.И.О. полностью)
дата рождения «___» _____ г., проживающий по адресу

Этот раздел бланка заполняет законный представитель лиц, не достигших возраста 15 лет, а также недееспособных лиц

_____ (моего сына, дочери в возрасте до 15 лет или моего подопечного-)

_____ указать фамилию, имя, отчество, дату рождения пациента)

в соответствии с требованиями статьи 28 Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании» отказываюсь от госпитализации в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях.

«___» _____ 20___ г.

Подпись пациента
(или его законного представителя) _____

Врач психиатр _____

Подпись врача психиатра _____

Психиатр-нарколог _____

Подпись психиатра-нарколога _____

Психотерапевт _____

Подпись психотерапевта _____

(ФИО)

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство в форме диспансерного наблюдения

Я, _____
(Ф. И. О. гражданина)

« _____ » _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу: _____

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

В соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство в форме Диспансерного наблюдения в Государственном бюджетном учреждении здравоохранения Архангельской области «Архангельский психоневрологический диспансер». Медицинским работником (ФИО, должность работника)

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 отказаться 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 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 или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть),

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

(подпись)

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

(подпись)

(Ф. И. О. медицинского работника)

« _____ » _____ г.
(дата оформления)

Отказ от медицинского вмешательства в форме диспансерного наблюдения и предупреждение о последствиях

Я, _____ ,
(Ф. И. О. гражданина)

« _____ » _____ г. рождения, зарегистрированный

по адресу: _____ ,
(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

В соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» **отказываюсь** от медицинского вмешательства в форме Диспансерного наблюдения в Государственном бюджетном учреждении здравоохранения Архангельской области «Архангельский психоневрологический диспансер».

Медицинским работником _____
(должность, Ф. И. О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены возможные последствия отказа от диспансерного наблюдения, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния).

Мне разъяснено, что я страдаю наркологическим заболеванием и без регулярного диспансерного наблюдения в течение 1 года (3 лет) я не получу допуск к отдельным видам профессиональной деятельности и работам, управлению транспортным средством и владению оружием с соответствии с Постановлениями правительства Российской Федерации:

- от 18 мая 2011 г. N 394 «Об утверждении перечня отдельных видов профессиональной деятельности и деятельности, связанной с источником повышенной опасности, на занятие которыми устанавливаются ограничения для больных наркоманией
- от 29 декабря 2014 г. N 1604 "О перечнях медицинских противопоказаний, медицинских показаний и медицинских ограничений к управлению транспортным средством"
- от 19 февраля 2015 г. N 143 «Об утверждении перечня заболеваний, при наличии которых противопоказано владение оружием, и о внесении изменения в правила оборота гражданского и служебного оружия и патронов к нему на территории Российской Федерации»
- от 19 мая 2010 г. N 300 «Об утверждении перечня заболеваний, препятствующих исполнению обязанностей частного охранника»;

и с приказом Минздравсоцразвития РФ от 12 апреля 2011 г. N 302н "Об утверждении перечней вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования), и Порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда"

Мне разъяснено, что мои права могут быть ограничены при решении вопросов, где потребуется предоставление справки о состоянии здоровья.

При возникновении необходимости я имею право оформить информированное добровольное согласие на диспансерное наблюдение.

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

(подпись) _____ (Ф. И. О. медицинского работника)

« _____ » _____ г.
(дата оформления)

ПАМЯТКА

**пациенту об условиях наблюдения и лечения в подразделениях наркологического профиля
ГБУЗ Архангельской области «Архангельский психоневрологический диспансер»**

В зависимости от состояния на момент обращения к врачу-психиатру-наркологу пациенту или назначается амбулаторное лечение, или выдается направление на стационарное лечение. Характер лечения, его особенности и сроки определяются в соответствии со стандартами первичной специализированной медико-санитарной и специализированной помощи при наркологических расстройствах, утвержденными Приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации.

При постановке на диспансерное наблюдение пациент обязан посещать Диспансер и проходить обследование и лечение в соответствии с даваемыми ему рекомендациями. Если врачом не назначаются иные сроки явки, пациент обязан посещать Диспансер: в течение первого года ремиссии – не реже одного раза в месяц; при ремиссии от 1 до 2 лет – не реже одного раза в шесть недель; при ремиссии свыше 2 лет – не реже одного раза в три месяца. В ходе диспансерного наблюдения не реже одного раза в три месяца проводится углубленный медицинский осмотр. Решение о прекращении диспансерного наблюдения принимает врачебная комиссия при наличии подтвержденной стойкой ремиссии не менее трех лет у пациентов с диагнозом "синдром зависимости" или не менее года подтвержденной стойкой ремиссии у больных с диагнозом "употребление с вредными последствиями".

Во время диспансерного наблюдения пациент в соответствии с действующими нормативно-правовыми актами не может получить заключение врача-психиатра-нарколога для получения разрешения на хранение и ношение оружия, управления транспортными средствами, а также допуск к профессиональной деятельности, при которой наличие наркологических заболеваний является противопоказанным.

При изменении адреса проживания или регистрации, фамилии, имени, отчества, контактного телефона пациент обязан проинформировать об этом своего лечащего врача.

РАСПИСКА

Я, _____,
ознакомлен врачом-психиатром-наркологом с условиями диспансерного наблюдения и обязуюсь их выполнять,
Я разрешаю медицинским работникам диспансера, обеспечивающим мое наблюдение и лечение, в случае
необходимости, осуществлять контроль за моим состоянием и путем разговора по телефону:

с моими родственниками _____

(указать какими)

Копию настоящей памятки получил.

Дата _____ Подпись _____

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Архангельской области
«Архангельский психоневрологический диспансер»

Согласие субъекта на передачу его персональных данных и сведений,
составляющих врачебную тайну, третьей стороне

Я, _____, паспорт: _____, выданный _____ года, в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», Федеральным законом от 24.06.1999 г. № 120 - ФЗ «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних», статьей 13 ФЗ РФ от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в отношении моих персональных данных и сведений, составляющих врачебную тайну, или данных моего несовершеннолетнего ребенка

_____ (ФИО, возраст, дата рождения ребенка)

включающих:

фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактный(е) телефон(ы), данные о состоянии здоровья, заболеваниях, а также заключения о результатах обследования
на передачу указанных данных

в Комиссию по делам несовершеннолетних и защите их прав (КДН),
в организацию социальной защиты (ГБСУ)
другие ведомства или организации _____
(указать)

даю согласие / не даю согласие

_____ (нужное подчеркнуть)

Я ознакомлен с возможными последствиями моего отказа дать письменное согласие на передачу данных, а также о ситуациях, когда информация может быть передана без моего согласия в соответствии с федеральным законодательством.

« ____ » _____ 20 ____ г. / _____ /
(подпись)

