

Директору ГБУЗ «МНПЦ  
наркологии ДЗМ»  
С.Г. Копорову

Директору ГБУЗ «МНПЦ  
наркологии ДЗМ»  
С.Г. Копорову

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ  
НА ПРОВЕДЕНИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ОСМОТРА  
ПО РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ НЕЗАКОННОГО ПОТРЕБЛЕНИЯ  
НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ И ПСИХОТРОПНЫХ ВЕЩЕСТВ  
ОБУЧАЮЩИМИСЯ**

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ  
НА ПРОВЕДЕНИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ОСМОТРА  
ПО РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ НЕЗАКОННОГО ПОТРЕБЛЕНИЯ  
НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ И ПСИХОТРОПНЫХ ВЕЩЕСТВ  
ОБУЧАЮЩИМИСЯ**

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. обучающегося старше 15 лет, родителя или законного представителя обучающегося, не достигшего 15 лет)

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. обучающегося старше 15 лет, родителя или законного представителя обучающегося, не достигшего 15 лет)

\_\_\_\_\_ (адрес места жительства гражданина, либо законного представителя)

\_\_\_\_\_ (адрес места жительства гражданина, либо законного представителя)

в соответствии с требованиями ст.20 Федерального закона от 21 ноября 2011г. №323 – ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» даю информированное добровольное согласие на проведение профилактического медицинского осмотра по ранней диагностике незаконного потребления наркотических и психотропных веществ с применением химико-токсикологического исследования биологической жидкости (мочи).

в соответствии с требованиями ст.20 Федерального закона от 21 ноября 2011г. №323 – ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» даю информированное добровольное согласие на проведение профилактического медицинского осмотра по ранней диагностике незаконного потребления наркотических и психотропных веществ с применением химико-токсикологического исследования биологической жидкости (мочи).

\_\_\_\_\_ Ф.И.О. обучающегося, дата рождения

\_\_\_\_\_ Ф.И.О. обучающегося, дата рождения

\_\_\_\_\_ название ОО, класс (учебная группа)

\_\_\_\_\_ название ОО, класс (учебная группа)

Подтверждаю, что надлежащим образом проинформирован(а) о методике проведения профилактического медицинского осмотра по ранней диагностике незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ.

Подтверждаю, что надлежащим образом проинформирован(а) о методике проведения профилактического медицинского осмотра по ранней диагностике незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ.

Мне лично были подробно разъяснены цели, характер, методы и объем планируемого профилактического осмотра, а также способы его проведения.

Мне лично были подробно разъяснены цели, характер, методы и объем планируемого профилактического осмотра, а также способы его проведения.

Я имел (а) лично возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получил(а) исчерпывающие ответы. Я удостоверяю, что текст информированного добровольного согласия мною прочитан полностью, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения мне понятны и полностью удовлетворяют.

Я имел (а) лично возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получил(а) исчерпывающие ответы. Я удостоверяю, что текст информированного добровольного согласия мною прочитан полностью, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения мне понятны и полностью удовлетворяют.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от проведения профилактического медицинского осмотра по ранней диагностике незаконного потребления наркотических и психотропных веществ.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от проведения профилактического медицинского осмотра по ранней диагностике незаконного потребления наркотических и психотропных веществ.

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. гражданина)

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. гражданина)

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. медицинского работника)

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. медицинского работника)

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Директору ГБУЗ «МНПЦ наркологии Д'ЗМ»  
С.Г Копорову

Я, \_\_\_\_\_,  
(ФИО родителя или законного представителя)  
проживающий по адресу (месту регистрации): \_\_\_\_\_

паспорт серия и номер \_\_\_\_\_, дата выдачи \_\_\_\_\_

название выдавшего органа \_\_\_\_\_  
являясь законным представителем несовершеннолетнего

\_\_\_\_\_ (ФИО несовершеннолетнего)  
приходящегося мне \_\_\_\_\_, зарегистрированного по адресу: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ года, в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» и ст. 13 ФЗ РФ от 21.11.2011г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" даю согласие ГБУЗ «Московский научно-практический центр наркологии ДЗМ» (далее - Оператор), на обработку персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактный(е) телефоны), данные о прохождении профилактического медицинского осмотра несовершеннолетнего, состоянии здоровья, случаях обращения за медицинской помощью в медико-профилактических целях, при условии, что обработка персональных данных осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания Оператором медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах несовершеннолетнего.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств на прием и передачу персональных данных с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну. Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет пять лет. Передача персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Согласие вступает в силу со дня его подписания и действует в течение неопределенного срока. Согласие может быть отозвано мною в любое время на основании моего письменного заявления.

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г \_\_\_\_\_  
подпись

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора.

Я подтверждаю, что, давая такое согласие, я действую по собственной воле и в интересах несовершеннолетнего.

Расписался в моем присутствии: \_\_\_\_\_  
(должность, ФИО)

Директору ГБУЗ «МНПЦ наркологии Д'ЗМ»  
С.Г Копорову

Я, \_\_\_\_\_,  
(ФИО родителя или законного представителя)  
проживающий по адресу (месту регистрации): \_\_\_\_\_

паспорт серия и номер \_\_\_\_\_, дата выдачи \_\_\_\_\_

название выдавшего органа \_\_\_\_\_  
являясь законным представителем несовершеннолетнего

\_\_\_\_\_ (ФИО несовершеннолетнего)  
приходящегося мне \_\_\_\_\_, зарегистрированного по адресу: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ года, в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» и ст. 13 ФЗ РФ от 21.11.2011г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" даю согласие ГБУЗ «Московский научно-практический центр наркологии ДЗМ» (далее - Оператор), на обработку персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактный(е) телефоны), данные о прохождении профилактического медицинского осмотра несовершеннолетнего, состоянии здоровья, случаях обращения за медицинской помощью в медико-профилактических целях, при условии, что обработка персональных данных осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания Оператором медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах несовершеннолетнего.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств на прием и передачу персональных данных с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну. Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет пять лет. Передача персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Согласие вступает в силу со дня его подписания и действует в течение неопределенного срока. Согласие может быть отозвано мною в любое время на основании моего письменного заявления.

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г \_\_\_\_\_  
Ф.И.О. \_\_\_\_\_  
подпись

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора.

Я подтверждаю, что, давая такое согласие, я действую по собственной воле и в интересах несовершеннолетнего.

Расписался в моем присутствии: \_\_\_\_\_  
(должность, ФИО)