

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)

(дата рождения гражданина либо законного представителя)

зарегистрированный по адресу: _____
(адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

проживающий по адресу: _____
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)

_____ года рождения, проживающего по адресу: _____
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

(в случае проживания не по месту жительства 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 (далее - виды медицинских вмешательств, включенных
в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-
санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в

ГБУЗ ГП №12 ДЗМ филиал 3

(полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником _____
(должность, фамилия, имя, отчество медицинского 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".

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом
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), в том числе после смерти:

(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)

2026г.

(дата оформления)

Анкета

(заполняется пациентом перед вакцинацией против гриппа)

ФИО _____

Ваш возраст _____ (полных лет)

№	Вопрос	Да	Нет
1	Относятся ли Вы к профессиональной группе высокого риска по заболеваемости гриппом, если да, то укажите к какой именно (работники организаций, осуществляющих образовательную деятельность, организаций торговли, транспорта, коммунальной и социальной сферы; лица, работающие вахтовым методом; лица, занятые на предприятиях птицеводства; сотрудники зоопарков, зооветмагазинов; ветеринарных лечебниц; сотрудники правоохранительных органов и государственных контрольных органов в пунктах пропуска через государственную границу Российской Федерации; работники организаций социального обслуживания и многофункциональных центров; государственные гражданские и муниципальные служащие)		
2	Были ли у Вас выраженные аллергические реакции, в том числе на профилактические прививки, в прошлом (анафилактический шок, отёк Квинке, судороги, повышение температуры выше 40°C)? Имеется ли у Вас аллергия на куриный белок?		
3	Имеются ли у Вас в настоящее время признаки простудного заболевания?		
	Наблюдается ли у Вас в настоящее время обострение какого-нибудь хронического заболевания (если да, то указать какое в примечании, п. 9)		
5	Имеются ли у Вас заболевания, такие как:		
	- сердечно-сосудистые: инфаркт миокарда, ишемическая болезнь сердца, эндокардит, перикардит или миокардит (указать какое в примечании, п.9)		
	- эндокринные: сахарный диабет (указать уровень глюкозы при последнем измерении)		
	- центральной нервной системы: инсульт, эпилепсия, рассеянный склероз (указать какое в примечании, п.9)		
	- крови: анемии, лейкозы, лимфогранулематоз, другие (указать какое в примечании, п.9)		
	- почек, печени (указать какое в примечании, п.9)		
	- легких: бронхиальная астма, ХОБЛ, другие (указать какое в примечании, п.9)		
	- аутоиммунные: ревматические болезни, тиреоидит, псориаз и другие (указать какое в примечании, п.9)		
	- иммунодефициты (указать заболевание в примечании, п.9)		
	- онкологические (указать заболевание в примечании, п.9)		
6	Принимали ли Вы в течение месяца следующие лекарственные препараты: глюкокортикостероиды, цитостатики, иммуносупрессоры, моноклональные антитела. Если принимали, то указать какие в примечании, п.9		
7	Беременность (для женщин)		
8	Период грудного вскармливания (для женщин)		
9	Примечание		

Я подтверждаю достоверность информации, указанной в анкете.

Дата _____ 2026 г., подпись _____ / _____ (ФИО) _____

Согласие пациента на обработку персональных данных

Я, _____ (Ф.И.О. субъекта персональных данных), "___" _____ года рождения, проживающий по адресу: _____, паспорт: серия _____ № _____, выдан "___" _____ г. _____, руководствуясь ст. ст. 9, 10 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», даю согласие **ГБУЗ «ГП № 12 ДЗМ» филиал № 3**

(наименование и адрес медицинской организации) (далее - Оператор) в целях оказания мне медицинских услуг на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку моих персональных данных, а именно на сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных, а именно: фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения, адрес места жительства, телефон, место работы, данные паспорта (или иного документа удостоверяющего личность), данные полиса ОМС, сведения о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, сведения о диагностических мероприятиях, назначенном и проведенном лечении, данных рекомендациях.

В соответствии с п. п. 3, 4 ч. 2 ст. 10 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» оператор имеет право на обработку персональных данных, если она:

- необходима для защиты жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов субъекта персональных данных либо жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов других лиц и получение согласия субъекта персональных данных невозможно;

- осуществляется в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг при условии, что обработка персональных данных осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие полностью или частично по моей инициативе на основании личного письменного заявления, в том числе и в случае ставших мне известных фактов нарушения моих прав при обработке персональных данных. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку.

_____/ _____ «___» _____ г.
(подпись, Ф.И.О.)

Согласие получено «___» _____ г.

Представитель медицинской организации: _____/
(подпись, Ф.И.О.)
