

## Согласие на обработку персональных данных

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. N 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5  
мая 2012 г. N 24082) (далее -Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи / получения первичной медико-санитарной  
помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

в ООО «Ремедикум» (полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником \_\_\_\_\_ (должность, Ф.И.О. 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. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства  
Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2012, N 26, ст. 3442, 3446).

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 [части 3 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)

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

\_\_\_\_\_  
(подпись) (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

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

\_\_\_\_\_ г. (дата оформления)