

**Информированное добровольное согласие обучающегося, достигшего
возраста пятнадцати лет, либо информированное добровольное согласие
одного из родителей или иного законного представителя обучающегося,
не достигшего возраста пятнадцати лет, на проведение
профилактического медицинского осмотра в целях раннего выявления
незаконного потребления наркотических средств и психотропных
веществ**

В соответствии с Федеральным законом Российской Федерации от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина)

"__" _____ г. рождения, зарегистрированный(ая) по адресу:
(дата рождения гражданина)

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

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет или недееспособных граждан:

Я(ФИО) _____
паспорт _____ Выдан _____

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) в отношении
_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)

"__" _____ г. рождения, проживающего по адресу:
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

_____ (в случае проживания не по месту жительства законного представителя)
даю своё добровольное согласие на проведение профилактического медицинского осмотра в целях раннего выявления незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ.
Медицинским работником _____

_____ (должность, Ф.И.О. медицинского работника)
в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы проведения профилактического осмотра, предусмотренного [Приказом](#) Минздрава России от 06.10.2014 N 581н "О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров обучающихся в общеобразовательных организациях и профессиональных образовательных организациях, а также образовательных организациях высшего образования в целях раннего выявления незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ", 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 профилактический осмотр, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных [ч. 9 ст. 20](#) Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации". Сведения о выбранных мной

лицах, которым в соответствии с [п. 5 ч. 5 ст. 19](#) Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья, в том числе после моей смерти, или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь, в том числе после его смерти (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)