

**Информированное добровольное согласие иностранного гражданина и лица  
без гражданства (их законных представителей) на проведение медицинского  
освидетельствования**

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. иностранного гражданина),  
гражданин \_\_\_\_\_ (указать гражданство) (вариант: лицо без гражданства),  
" " \_\_\_\_\_ года рождения,  
зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_  
(адрес места жительства гражданина либо законного представителя),

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)

даю информированное добровольное согласие на медицинское освидетельствование, проводимое в соответствии с п. 7 Порядка проведения медицинского освидетельствования, включая проведение химико-токсикологических исследований наличия в организме иностранного гражданина или лица без гражданства наркотических средств или психотропных веществ либо новых потенциально опасных психоактивных веществ и их метаболитов, на наличие или отсутствие у иностранного гражданина или лица без гражданства инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих, и заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции), утвержденного Приказом Минздрава России от 19.11.2021 N 1079н, лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в БУ ХМАО – Югры «Лангепасская городская больница»  
(полное наименование медицинской организации)

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

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы проведения медицинского освидетельствования, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты медицинского освидетельствования. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств 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)