Информированное добровольное согласие
на забор крови из вены и забора мазка из ротоглотки и носоглотки

Я,_____
_____

_____в соответствии с требованиями статьи № 20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, т.е. на оказание мне следующих медицинских услуг: забор крови из вены, забор мазка из ротоглотки и носоглотки.

Я понимаю, что данные манипуляции связаны с дискомфортом и возможными болевыми ощущениями. Я проинформирован (а) о том, что после забора крови могут возникнуть такие осложнения как: - появление подкожной гематомы (кровоизлияния) в месте пункции - воспаление мягких тканей в месте пункции в результате инфицирования - развитие локального флебита (воспаления участка вены) в месте венепункции - повреждение нерва в результате его укола или сдавливания образовавшейся гематомой.

Я также проинформирован (а) о возможности проведения повторной венепункции в связи с техническими сложностями, возникшими при заборе крови из вены.

Я подтверждаю, что добросовестно ответил(а) на все вопросы специалистов, не скрыв никакой информации о состоянии своего здоровья.

Я имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил(а) исчерпывающие ответы на них.

Я внимательно ознакомился (лась) с данным документом и понимаю, что последнее является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия.

Я также даю согласие на обработку необходимых персональных данных, в объеме и способами, указанными в п. 1, 3 ст. 3, ст. 11 Федерального закона № 152-ФЗ «О персональных данных».

Пациент: _____/_____
ФИО подпись

Дата: _____202___г

Согласие на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну

Руководствуясь частью 3 статьи 13 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (далее - Закон),

Я,_____
фамилия, имя, отчество (при наличии) полностью гражданина – пациента

заявляю о своем согласии на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну _____

Данное согласие распространяется на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, а именно: результатов тестирования на наличие антител IgG к SARS-CoV2 (COVID-19) методом ИФА, результатов тестирования на определение РНК SARS-CoV2 (COVID-19) методом ПЦР. В том числе на предоставление сведений в Единую медицинскую информационно-аналитическую систему (ЕМИАС) города Москвы, в Федеральное бюджетное учреждение науки «Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии» Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека в отношении пациента сведений, составляющих врачебную тайну, в целях дальнейшего уведомления пациента о результатах исследования с использованием федеральной государственной информационной системы «Единый портал государственных и муниципальных услуг», портала Госуслуги Москвы на наличие возбудителя коронавирусной инфекции (COVID-19) методом полимеразной цепной реакции, на наличие антител к возбудителю коронавирусной инфекции (COVID-19) (любым из методов), на наличие антител после вакцинации путем определения специальными тестами, и получения пациентом QR-кода

Согласие действует до дня отзыва данного согласия.

Пациент: _____/_____
ФИО подпись

Дата: _____20____г