

Согласие на проведение тестирования

«__» _____ 20__ г.

Я, _____
Ф.И.О. (полностью), год рожденияЯ, _____
паспорт: _____ выдан: _____,
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун,
попечитель): _____
Ф.И.О. гражданина до 15 лет - полностью, год рождения*

Настоящим подтверждаю, что в соответствии со ст.31 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22.07.1993 № 5487-1, в соответствии с моим волеизъявлением, в понятной для меня форме, проинформирован(а) о предстоящем тестировании, его целях и форме проведения.

Получив полные и всесторонние разъяснения, включая исчерпывающие ответы на поставленные мною вопросы, подтверждаю, что мне понятны используемые термины, суть предстоящей процедуры, добровольно в соответствии со ст. 32 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 2.07.1993 № 5487-1 даю свое согласие на проведение тестирования меня/лица, законным представителем которого я являюсь.

Я информирован(а) о том, что информация о результатах тестирования составляет врачебную тайну, является конфиденциальной и не будет разглашена. В соответствии со ст. 61 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 2.07.1993 № 5487-1 разрешаю предоставить информацию о результатах тестирования моим родителям (законным представителям) _____

Фамилия, имя, отчество гражданина (законного представителя)

по телефону _____

Я удостоверяю, что текст моего добровольного информированного согласия на проведение тестирования мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют.

Подпись гражданина (законного представителя) _____

Фамилия, имя, отчество

Настоящий документ оформлен мной

Должность медицинского работника, фамилия, имя, отчество, подпись

* Этот раздел бланка заполняется только на граждан до 15 лет.