



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БУРЯТИЯ  
ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
«ДЕТСКАЯ РЕСПУБЛИКАНСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА» (ГАУЗ «ДРКБ»)

БУРЯАД УЛАСАЙ ЭЛҮҮРЫЕ ХАМГААЛГЫН ЯАМАН  
ЭЛҮҮРЫЕ ХАМГААЛГЫН ГҮРЭНЭЙ БЭЭЭ ДААЬАН ЭМХИ ЗУРГААН  
«УЛАС ТҮРЫН ХҮҮГЭДЫЕ ЭМНЭЛГЫН ГАЗАР»

## ПРИКАЗ

16 января 2020 г.

№ 33/1

г. Улан-Удэ

**Об утверждении формы информированного добровольного согласия на присутствие обучающихся по профессиональным образовательным программам медицинского образования во время врачебного осмотра или проведения медицинского вмешательства и на использование сведений о пациенте, составляющих врачебную тайну и формы отказа от участия обучающихся по профессиональным образовательным программам медицинского образования в оказании пациенту медицинской помощи**

В рамках совершенствования лечебно-диагностического процесса, его правового обеспечения, а также унификации ведения медицинской документации в подразделениях ГАУЗ «ДРКБ» МЗ РБ,

**п р и к а з ы в а ю:**

1. Утвердить:

1.1. форму информированного добровольного согласия на присутствие обучающихся по профессиональным образовательным программам медицинского образования во время врачебного осмотра или проведения медицинского вмешательства и на использование сведений о пациенте, составляющих врачебную тайну (Приложение №1 к настоящему приказу).

1.2. форму отказа от участия обучающихся по профессиональным образовательным программам медицинского образования в оказании пациенту медицинской помощи (Приложение №2 к настоящему приказу).

2. Руководителям подразделений ГАУЗ «ДРКБ» МЗ РБ:

2.1. Обеспечить использование форм документов, утвержденных настоящим приказом, во вверенных им подразделениях ГАУЗ «ДРКБ» МЗ РБ.

2.2. В случае отказа пациента или его законного представителя от документального оформления частных правовых отношений с лечебным

подразделением ГАУЗ «ДРКБ» МЗ РБ, регистрация отказа осуществлять путем составления соответствующего акта в установленном порядке заместителем главного врача по медицинской части, заведующим отделением и лечащим врачом.

3. Ответственность за исполнение настоящего приказа возложить на руководителей структурных подразделений ГАУЗ «ДРКБ» МЗ РБ.

4. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой.

Главный врач



А.Б-Ж. Бимбаев

Государственное автономное учреждение здравоохранения  
«Детская республиканская клиническая больница»  
Министерства здравоохранения Республики Бурятия

\_\_\_\_\_ (наименование подразделения, отделения)

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ  
НА ПРИСУТВИЕ ОБУЧАЮЩИХСЯ ВО ВРЕМЯ ВРАЧЕБНОГО ОСМОТРА  
ИЛИ ПРОВЕДЕНИЯ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА И НА ИСПОЛЬЗОВАНИЕ  
СВЕДЕНИЙ О ПАЦИЕНТЕ, СОСТАВЛЯЮЩИХ ВРАЧЕБНУЮ ТАЙНУ**

Подписывая данный документ я, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество)

понимаю, что обратился за получением медицинской помощи

в \_\_\_\_\_,  
(наименование структурного подразделения)

которое(ый) является подразделением государственного автономного учреждения здравоохранения «Детская республиканская клиническая больница» Министерства здравоохранения Республики Бурятия, обеспечивающим лечебный и учебный процесс и я даю свое согласие на присутствие обучающихся во время врачебных осмотров или проведения в отношении меня (представляемого) медицинского вмешательства.

С учетом вышеуказанного статуса \_\_\_\_\_,  
(наименование структурного подразделения)

в которое(ый) я обратился(лась) за медицинской помощью, я также даю свое добровольное согласие на использование ГАУЗ «ДРКБ» МЗ РБ информации о состоянии моего здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при моем обследовании и лечении, составляющих в соответствии со статьей 13 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» врачебную тайну, в целях медицинского обследования и лечения, проведения научных исследований, их опубликования в научных изданиях, использования в учебном процессе».

Мне разъяснено и понятно мое право на отказ от участия обучающихся в оказании мне (представляемому) медицинской помощи.

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. Подпись пациента (законного представителя) \_\_\_\_\_

Расписался в моем присутствии:

Врач \_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О., должность)



Государственное автономное учреждение здравоохранения  
«Детская республиканская клиническая больница»  
Министерства здравоохранения Республики Бурятия

\_\_\_\_\_  
(наименование подразделения, отделения)

**ОТКАЗ  
ОТ УЧАСТИЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫМ  
ПРОГРАММАМ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ  
В ОКАЗАНИИ ПАЦИЕНТУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество, дата рождения)

настоящим отказываюсь от участия обучающихся по профессиональным образовательным программам медицинского образования в оказании мне медицинской помощи в ГАУЗ «ДРКБ» МЗ РБ.

Я проинформирован и отказываюсь от участия обучающихся по профессиональным образовательным программам медицинского образования в оказании мне медицинской помощи.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(Подпись) (Ф.И.О.)

" " \_\_\_\_\_ Г.

Медицинский работник, проинформировавший пациента:

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(Должность) (Подпись) (Ф. И.О.)

" " \_\_\_\_\_ Г.