



Министерство здравоохранения Мурманской области
Государственное областное бюджетное учреждение здравоохранения
"МУРМАНСКАЯ ОБЛАСТНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА ИМЕНИ П.А. БАЯНДИНА"
(ГОБУЗ "МОКБ им. П.А. Баяндина")

**СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА
на привлечение к работе с ним добровольца (волонтера)**

г. Мурманск

«__» _____ 20__ г.

Я, нижеподписавшийся, _____
(Ф.И.О.)

Этот раздел бланка заполняется только законным представителем лиц, не достигших возраста 15 лет, несовершеннолетнего больного наркоманией при оказании ему наркологической помощи или при медицинском освидетельствовании несовершеннолетнего в целях установления состояния наркотического либо иного токсического опьянения, или недееспособных граждан:
Я, паспорт _____,
выдан _____,
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным: _____
(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина, год рождения (полностью))

Добровольно даю согласие на привлечение к работе со мной добровольцев (волонтеров) с целью оказания мне социально-психологической поддержки и помощи, дополнительных санитарно-гигиенических услуг.

Я получил(а) информацию о характере проводимой работы и оказываемой мне помощи. Я проинформирован(а) о том, что в процессе работы добровольцев (волонтеров) со мной может возникнуть необходимость доступа добровольцев (волонтеров) к персональным данным и информации, составляющих врачебную тайну (обращения гражданина за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении). Я даю согласие на предоставление добровольцам (волонтерам) моих персональных данных и о допуске добровольцев (волонтеров) к информации о моем состоянии здоровья (врачебной тайне) в пределах, необходимых для выполнения добровольческой (волонтерской) деятельности.

Мне была предоставлена возможность задавать вопросы, касающиеся работы добровольца (волонтера) со мной и я полностью удовлетворен (а) полученными сведениями. Мне разъяснено, что я вправе в любой момент отказаться от работы с добровольцами (волонтерами), и такой отказ никак не повлияет на качество и объем предоставляемой мне медицинской помощи.

_____/_____
Дата (подпись)

В связи с состоянием здоровья согласие пациента на работу с ним добровольцев (волонтеров) получено в устной форме. Текст настоящего Согласия прочитан пациенту в слух.

Наставник _____/_____
Дата (подпись)

