

Информированное добровольное согласие  
на медицинское вмешательство

Я, \_\_\_\_\_

являясь законным представителем  
несовершеннолетнего \_\_\_\_\_ проживающего по  
адресу:

\_\_\_\_\_

на основании ст.20 ФЗ РФ от 21.11.2011 323 ФЗ «Об охране здоровья граждан» даю согласие на проведение следующих медицинских вмешательств в зависимости от возрастного периода:

-профилактический медицинский осмотр специалистами: хирург, невролог, ЛОР, окулист, травматолог-ортопед, педиатр, стоматолог, психиатр, эндокринолог, акушер-гинеколог, уролог-андролог;

-обследование в рамках профилактических осмотров: общий анализ крови, общий анализ мочи, ЭКГ, УЗИ (брюшной полости, почек, сердца), флюорография, с целью раннего выявления отклонений в состоянии здоровья (в зависимости от возрастного периода).

-доврачебные манипуляции: измерение роста и массы, АД, термометрии, осмотр на педикулез и чесотку.

Отказываюсь/согласен (вписать нужное) \_\_\_\_\_

В случае отказа от предложенных профилактических мероприятий ответственность за здоровье ребенка несет его родитель или законный представитель ( ст.63,64,65 Семейного Кодекса РФ).

Медицинский осмотр представляет собой комплекс медицинских вмешательств, направленных на выявление патологических состояний, заболеваний и факторов риска их развития.

Профилактические медицинские осмотры несовершеннолетних проводятся в установленные возрастные периоды в целях раннего (своевременного) выявления патологических состояний, заболеваний и факторов риска их развития, а также в целях формирования групп состояния здоровья и выработки рекомендаций для несовершеннолетних.

В доступной для меня форме мне даны разъяснения о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ним риске, возможных вариантах медицинского вмешательства и его последствиях.

Мне разъяснено, что перед проведением медицинского вмешательства я имею право отказаться от медицинского вмешательства.

Я подтверждаю своей подписью, что прочитал(а) и понял(а) все вышеизложенное.

Подпись представителя ребенка мать \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

отец \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Дата « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Подпись медработника \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Дата « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.