

**Информированное добровольное согласие
на медицинские вмешательства при получении медико-санитарной помощи
для лиц, не достигших 15 лет**

Я _____
(фамилия, имя, отчество полностью)

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет:

Я _____ паспорт: _____ являюсь

_____, выдан: _____
законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель)

ребенка: _____
Ф.И.О. ребенка полностью, год рождения

проходя медицинское обследование добровольно даю свое согласие на:

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр, в том числе пальпацию, перкуссию, аускультацию, риноскопию, фарингоскопию, непрямую ларингоскопию.
3. Антропометрические исследования.
4. Термометрию.
5. Тонометрию.
6. Проведение пробы с физической нагрузкой.
7. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций.
8. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций.
9. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).
10. Лабораторные методы исследования.
11. Функциональные методы исследования, в том числе электрокардиографию, электрокардиографию с физической нагрузкой, спирографию, по назначению врача, реоэнцефалографию, реовазографию, эхокардиографию, электромиографию, плантографию.
12. По назначению врача рентгенологические методы обследования, в том числе рентгенографию, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования.
13. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикочно.
14. Медицинский массаж.
15. Лечебная физкультура

Подтверждаю, что я ознакомлен (ознакомлена) с характером предстоящих мне обследований. Мне разъяснены, и я понимаю особенности и ход предстоящего обследования и лечения.

Я поставил (поставила) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем моего ребенка, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных травмах, операциях, заболеваниях, принимаемых лекарственных средствах. Сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности

Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие проведение медицинского обследования.

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

"__" _____ 20__ года. Подпись пациента

Расписался в моем присутствии: Врач _____
(Должность, И.О. Фамилия) (подпись)