

Информационное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, _____,
« _____ » _____ г.,
Ф.И.О. гражданина или одного из родителей (иного законного представителя) _____ (года
рождения)
проживающий(ая) _____ по _____ адресу
: _____,
Добровольно даю информационное согласие на оказание первичной медико-санитарной помощи мне, моему ребенку,
лицу, _____ чьим _____ законным _____ представителем _____ я _____ являюсь _____ (ненужное
зачеркнуть) _____ « _____ » _____ г.,
(Ф.И.О. лица, которому будет оказана медицинская помощь) _____ (года
рождения)
Адрес _____ места
жительства: _____ телефон _____

в медицинском кабинете ДОО медицинским работником следующих видов медицинских вмешательств, утвержденных Приказом Минздравсоцразвития России от 23 апреля 2012года № 309н, а именно: **опрос (в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза); осмотр (в том числе пальпация); антропометрические исследования; термометрия; тонометрия; исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы); введение лекарственных препаратов по назначению врача.**

Я поставлен(а) в известность о том, что мой ребенок (лицо, чьим законным представителем я являюсь) при наличии медицинских показаний будет доставлен в ближайшую к месту проведения программы медицинскую организацию для уточнения состояния здоровья и (или) оказания специализированной медицинской помощи.

Мне разъяснено, что в случае направления ребенка (лица, чьим законным представителем я являюсь) на стационарное лечение я буду проинформирован(а) об этом медицинским работником, либо руководителем ДОО.

Я добровольно даю информационное согласие на оказание первичной медико-санитарной помощи мне, моему ребенку, лицу, чьим законным представителем я являюсь (ненужное зачеркнуть) в данной медицинской организации следующих видов медицинских вмешательств, утвержденных Приказом Минздравсоцразвития России от 23 апреля 2012года № 309н, а именно: **опрос (в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза); осмотр (в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, отоскопия); антропометрические исследования; термометрия; тонометрия; лабораторные методы обследования; функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография; рентгенологические методы обследования, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования; введение лекарственных препаратов по назначению врача.**

В доступной для меня форме мне даны разъяснения о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риском, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи. О необходимости других методов обследования и лечения мне будет разъяснено дополнительно.

Я поставил(а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем моего ребенка(лица, чьим законным представителем я являюсь), в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных моим ребенком (лицом, чьи интересы я представляю и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил(а) правдивые сведения об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

Мне разъяснено, что при оформлении настоящего добровольного информационного согласия, а также перед осуществлением медицинского вмешательства, включенного в перечень видов медицинских вмешательств, я имею право отказаться от одного или нескольких вышеуказанных видов медицинского вмешательства.

В случае моего отсутствия уполномочиваю присутствовать при оказании медицинской помощи моему ребенку(лицу, чьи интересы я представляю) медицинского работника.

« _____ » _____ г. *Дата оформления информационного добровольного согласия.*

(подпись, Ф.И.О. гражданина/ одного из родителей/ иной законный представитель.