

Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи

Я, _____
(Ф.И.О. гражданина родителя (законного представителя))

_____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:

_____ (адрес места жительства законного представителя)

являясь родителем (законным представителем) _____
(ФИО несовершеннолетнего)

_____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:

_____ (адрес места жительства несовершеннолетнего)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее – Перечень), **а именно**

опрос, в том числе выявления жалоб, сбор анамнеза, осмотр в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, антропометрические исследования, термометрия, тонометрия, неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций, неинвазивные исследования органа слуха и слуховые функции, исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы), функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, спирография, пикфлоуметрия, введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикочно

для получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь в структурном подразделении Государственного бюджетного нетипового образовательного учреждения «Санкт-Петербургский городской Дворец творчества юных» ЗЦ ДЮТ «Зеркальный».

Медицинским работником _____
(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации” (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446).

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации” может быть передана информация о состоянии лица, законным представителем которого я являюсь.

(Ф.И.О. гражданина, контактный номер телефона)

Подтверждаю, что сообщил (-а) медицинскому работнику достоверную информацию, связанную с состоянием здоровья, перенесенными инфекционными заболеваниями и аллергическими реакциями, о физическом и психическом состоянии несовершеннолетнего.

Даю согласие на сопровождение медицинским персоналом структурного подразделения Государственного бюджетного нетипового образовательного учреждения «Санкт-Петербургский городской Дворец творчества юных» ЗЦ ДЮТ «Зеркальный» несовершеннолетнего к специалистам других медицинских учреждений в отношении его болезни, травм и т.д. (в случае такой необходимости).

(подпись)

(Ф.И.О. родителя (законного представителя))

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

“ ”

Г.

(дата оформления)