

**Информированное добровольное согласие
родителя (иного законного представителя) на медицинское вмешательство**

Я, _____
(Ф. И. О. гражданина)

« _____ » _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу: _____

_____ ,
(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на следующие виды медицинских вмешательств в отношении лица, законным представителем которого я являюсь:

_____ (Ф. И. О. ребенка)

« _____ » _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу: _____

_____ (адрес места жительства ребенка)

- Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
- Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование.
- Антропометрические исследования.
- Термометрия.
- Тонометрия.
- Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций.
- Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций.
- Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).
- Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические.
- Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, реоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных).
- Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования.
- Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрисуставно.
- Медицинский массаж.
- Лечебная физкультура.

при оказании первичной медико-санитарной, неотложной и скорой медицинской помощи в период пребывания в МАУ СШ «Центр дзюдо» города Тюмени 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.

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 здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь,

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

_____ (подпись)

_____ (Ф. И. О. гражданина или законного представителя гражданина)

_____ (подпись)

_____ (Ф. И. О. медицинского работника)

« _____ » _____ Г.

(дата оформления)

Наличие аллергических реакций на медицинские препараты _____ (да, нет).

Название препарата _____.

_____ (подпись)

_____ (Ф. И. О. гражданина или законного представителя гражданина)