

**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:

\_\_\_\_\_ выдан:  
являюсь 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, спирмографию, по назначению врача, реоэнцефалографию, реовазографию, эхокардиографию, алектромииографию, 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, внутрикожно.
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)