

## Информированное добровольное согласие на проведение профилактического осмотра

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. подростка, либо законного представителя несовершеннолетнего)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ года рождения,

проживающий по адресу: \_\_\_\_\_

(адрес места жительства подростка, либо законного представителя несовершеннолетнего)

даю информированное добровольное согласие на проведение профилактического осмотра и видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень исследований при проведении медицинских осмотров, утвержденный Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21.12.2012г. № 1346н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 02 апреля 2013г. № 27961

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. несовершеннолетнего, от имени которого выступает законный представитель)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ года рождения,

проживающий по адресу: \_\_\_\_\_

(адрес места жительства несовершеннолетнего)

от имени которого выступает законный представитель)

Врачами-специалистами (осмотр необходимого по возрасту специалиста подчеркнуть)

Педиатром \_\_\_\_\_

Отоларингологом \_\_\_\_\_

Неврологом \_\_\_\_\_

Травматологом\ортопедом \_\_\_\_\_

Детским хирургом \_\_\_\_\_

Детским эндокринологом \_\_\_\_\_

Офтальмологом \_\_\_\_\_

Акушером-гинекологом \_\_\_\_\_

Детским урологом-androлогом \_\_\_\_\_

Детским стоматологом \_\_\_\_\_

Детским\подростковым психиатром \_\_\_\_\_

Провести лабораторные и функциональные исследования (проведение необходимого по возрасту исследования подчеркнуть)

Общий анализ крови \_\_\_\_\_

Общий анализ мочи \_\_\_\_\_

Исследование уровня глюкозы крови \_\_\_\_\_

Общий анализ кала \_\_\_\_\_

Электрокардиография \_\_\_\_\_

Флюорография лёгких \_\_\_\_\_

Ультразвуковое исследование:

органов брюшной полости \_\_\_\_\_

сердца \_\_\_\_\_

щитовидной железы \_\_\_\_\_

органов репродуктивной сферы \_\_\_\_\_

тазобедренных суставов \_\_\_\_\_

нейросонография \_\_\_\_\_

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 2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2100, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446).

\_\_\_\_\_ (подпись несовершеннолетнего или законного представителя несовершеннолетнего)

\_\_\_\_\_ (подпись, Ф.И.О. медицинского работника, уполномоченного руководителем медицинской организации)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ года

(дата оформления)