

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)