ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

Я, _____

(Ф.И.О. гражданина, либо законного представителя гражданина)

«_____» _____ года рождения,

проживающий по адресу: _____

_____

(адрес места жительства гражданина, либо законного представителя гражданина)

Даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, предложенное мне, гражданину, чьим законным представителем я являюсь (ненужное зачеркнуть).

_____

(Ф.И.О. гражданина, от имени которого выступает законный представитель)

проживающему по адресу: _____

_____

(адрес места жительства гражданина, от имени которого выступает законный представитель)

медицинское вмешательство осмотры врачами: врач-педиатр, врач-невролог, врач-офтальмолог, врач-детский хирург, врач-оториноларинголог, врач-акушер-гинеколог (девочки), врач-травматолог-ортопед, врач-психиатр детский, врач-детский уролог-андролог (мальчики), врач-стоматолог детский (с возраста 3 лет), врач-детский эндокринолог (с возраста 5 лет); клинический анализ крови; клинический анализ мочи; исследование уровня глюкозы в крови; электрокардиография; флюорография (с возраста 15 лет); УЗИ органов брюшной полости, сердца, щитовидной железы (с 7 лет), органов репродуктивной сферы (с 7 лет) _____,

(наименование вида медицинского вмешательства)

осуществляемое в _____

(полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником

_____

_____

(должность, Ф.И.О. лечащего врача, либо иного медицинского работника, участвующего в оказании медицинской помощи)

В доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от определенного вида медицинского вмешательства или потребовать его 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».

_____ _____

(подпись) *(Ф.И.О. гражданина, либо законного представителя гражданина)*

_____ _____

(подпись) *(Ф.И.О. лечащего врача, либо иного медицинского работника, участвующего в оказании медицинской помощи)*

«_____» _____ _____ г.

(дата оформления)