

Для лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан

Федеральное государственное бюджетное учреждение  
"Федеральный научно-клинический центр спортивной медицины и реабилитации  
Федерального медико-биологического агентства"

**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство**

Я, \_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя, отчество законного представителя)

зарегистрированный(-ая) по адресу: \_\_\_\_\_, документ,  
удостоверяющий личность: вид: \_\_\_\_\_, серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, выдан «\_\_» \_\_\_\_\_  
201\_\_ г. \_\_\_\_\_, являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель,  
опекун, попечитель, иное лицо на основании нотариальной доверенности - нужное подчеркнуть) ребенка

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество ребенка, дата рождения)

на основании \_\_\_\_\_,  
\_\_\_\_\_

(реквизиты документа, подтверждающего полномочия представителя)

на основании статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств:

- 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, органа слуха и слуховых функций;
- исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы);
- взятие крови из вены, из пальца
- лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические, генетические, серологические, гормональные;
- функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограмм, спирография, реоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография, нагрузочные тестирования и другие;
- рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография и МРТ, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования и другие;
- введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрисуставно, внутрисуставные инъекции;
- медицинский массаж, мануальная терапия, иглорефлексотерапия, физиотерапевтические методы воздействия, лечебно-диагностические манипуляции с использованием аппаратно-программных комплексов;
- тейпирование, наложение гипсовых повязок, снятие гипса;
- лечебная физкультура;
- стоматология терапевтическая.

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 или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Я поставил(-а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем представляемого мной ребенка, в том числе об аллергических проявлениях или непереносимости лекарственных препаратов, о перенесенных представляемым мной ребенком и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил(-а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

Я согласен(-на) на осмотр другими медицинскими работниками в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны.

Я ознакомлен(-а) со всеми положениями настоящего документа, которые мне разъяснены, мною поняты и **ДОБРОВОЛЬНО ДАЮ СОГЛАСИЕ** на медицинские вмешательства в предложенном объеме.

\_\_\_\_\_  
(подпись) (Ф.И.О. законного представителя)

\_\_\_\_\_  
(подпись) (Ф.И.О. медицинского работника)

"\_\_" \_\_\_\_\_ Г.  
(дата оформления)