

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я _____

(фио-полностью, года рождения проживающий(ая) по адресу)

Являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель ребенка)

_____ (фио- ребенка полностью, года рождения)

Поставлен (поставлена) в известность, что ребенку будут проводиться профилактические мероприятия с необходимым планом обследования включающий в себя:

- Доврачебный этап;
 - Осмотр врача (включая инструментальный)
 - Взятие материала (кровь, моча, кал, соскобы и др) на анализ;
 - Внутривенные и внутримышечные инъекции;
 - Лучевые методы исследования (Рентген)
 - Инструментальные методы исследования (УЗИ, Эндоскопия, Функциональная диагностика)
 - Диагностические манипуляции (аллергологические пробы, пробы с физ. Нагрузкой и др)
- Добровольно даю свое согласие на проведение ребенку, в соответствии с назначением врача всего объема диагностических исследований.

Необходимость других методов обследования и лечения будет мне разъяснена дополнительно.

- Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на обследование и лечение в предложенном объеме;
- Разрешаю, в случае необходимости, предоставить информацию о диагнозе ребенка, степени тяжести и характере моего заболевания медицинским работникам для проведения дальнейших лечебно – оздоровительных мероприятий по итогам профилактического осмотра, диспансеризации.

Я _____

Информирован (а) _____ о том, моя (моего ребенка) медицинская информация является конфиденциальной. В соответствии с 323 – ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», глава 2, статьей 13, мне подтверждена гарантия конфиденциальности сведений, касающихся моего здоровья (здоровья моего ребенка). На предоставления медицинской информации и личных данных для:

- Предоставления должностным лицам, причастным к данному случаю, оказания медицинской помощи;
- Ведения электронной и других видов медицинской документации;
- Для проведения экспертизы качества оказания медицинской помощи, в том числе с привлечением сторонних специалистов;
- Предоставление в Министерство здравоохранения в составе утвержденных отчетных форм.

СОГЛАСЕН

НЕ СОГЛАСЕН

(подпись)

(дата)

(подпись)