

## Информированное согласие пациента на медицинское вмешательство

В соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан»

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

родитель (законный представитель, пациент) ребенка  
(нужное подчеркнуть)

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

подписывая данный документ, даю добровольное согласие на предложенное мне медицинское вмешательство:

- опрос (в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза),
- осмотр (в том числе пальпация, перкуссия, аускультация),
- антропометрические исследования (рост, вес),
- термометрия,
- тонометрия,
- введение лекарственных препаратов по назначению врача при неотложных и экстренных состояниях,
- прием таблетированных лекарственных препаратов по показаниям при обращаемости ребенка в медицинский кабинет.

Мне разъяснены особенности проведения указанных медицинских вмешательств.

Я поставил (а) в известность обо всех проблемах с моим (моего ребенка) здоровьем:

Аллергические проявления: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(какие, к чему)

Индивидуальная непереносимость лекарственных средств: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(перечислить непереносимые лекарственные препараты)

Я ознакомился (ась) со всеми пунктами настоящего документа, получил (а) необходимые пояснения, понял (а) суть подписанного документа и согласен (а) с ним \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(подпись родителя (законного представителя ребенка, пациента) с указанием фамилии и вида родственных отношений)

Работник оздоровительной организации

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20 г.  
(дата)