

## *Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство*

Я, \_\_\_\_\_,

(ФИО полностью, год рождения)

проживающий(ая) по адресу: \_\_\_\_\_,  
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка

\_\_\_\_\_ (ФИО полностью, год рождения)

- мне даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях (здоровья представляемого);
- я ознакомлен(на) с порядком и правилами медицинского обслуживания в МБОУ \_\_\_\_\_ 1;
- добровольно даю свое согласие на проведение опроса, в том числе выявления жалоб, сбор анамнеза, осмотр физиотерапевта, ортопеда, педиатра; проведение профилактических осмотров врачами: неврологом, окулистом, отоларингологом, хирургом, урологом-андрологом, психиатром, стоматологом, в том числе антропометрические исследования, медицинский массаж, физиотерапию, спелеокамеру;
- я информирован(на) о целях, характере лечебных процедур;
- я поставил(ла) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною(представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, о принимаемых лекарственных средствах;
- я ознакомлен(на) и согласен(на) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на обследование и лечение в предложенном объеме.

Подпись законного представителя \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

Врач \_\_\_\_\_ /Измайлова Т.Х./

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ года