

**Информированное добровольное согласие на профилактический медицинский осмотр
несовершеннолетнего**

В соответствии со статьями 18, 19, 20, 22 Федерального закона Российской Федерации от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

Я, _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина)

" " _____ г. рождения, зарегистрированный (ая) по адресу:

(дата рождения гражданина)

_____ (адрес регистрации гражданина)

проживающий по адресу: _____

(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет или недееспособных граждан:

Я (ФИО) _____,

паспорт _____ Выдан _____

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель)

в отношении _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)

" " _____ г. рождения, проживающего по адресу:

(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

_____ (в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

Даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н, при проведении профилактического медицинского осмотра:

- осмотр врача, в том числе
 - опрос, выявление жалоб, сбор анамнеза;
 - пальпацию, перкуссию, аускультацию, риноскопию, фарингоскопию,
 - антропометрические исследования;
 - термометрию, тонометрию;
 - неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций;
 - неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций;
 - исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы), костно-мышечной системы, мочеполовой системы;
 - стоматологический осмотр полости рта;
 - лабораторные методы обследования (общий анализ крови, общий анализ мочи);
 - функциональные методы обследования: электрокардиография, флюорография для лиц старше 15 лет, ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное), почек, эхокардиография;
 - организацию и проведение диспансерного наблюдения при выявлении заболевания,
- в БУ ХМАО-Югры «Лангепасская городская больница».

Медицинским работником _____

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

В доступной для меня форме мне разъяснены цели профилактического медицинского осмотра, методы его проведения, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, показания для организации и проведения диспансерного наблюдения. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов вмешательств, диспансерного наблюдения или

потребовать его (их) прекращения.

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии, в том числе после смерти:

(ФИО гражданина, контактный телефон)

(подпись)

(Ф.И.О. гражданина или законного представителя)

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

« ____ » _____ 20 ____ г.