

Информирование добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, _____
являясь законным представителем несовершеннолетнего проживающего по адресу: _____

на основании ст. 20 ФЗ РФ от 21.11.2011 2323-ФЗ «Об охране здоровья граждан» даю согласие на проведение следующих медицинских вмешательств в зависимости от возрастного периода:

- профилактический медицинский осмотр специалистами: хирург, невролог, ЛОР, окулист, травматолог-ортопед, педиатр, стоматолог, психиатр, эндокринолог, акушер-гинеколог, уролог-андролог;

- предварительный медицинский осмотр специалистами: педиатр, хирург, невролог, ЛОР, окулист, ортопед-травматолог, стоматолог, психиатр, эндокринолог, акушер-гинеколог, уролог-андролог;

- периодический медицинский осмотр (педиатр);

- обследование в рамках профилактических осмотров: общий анализ крови, сахар крови, общий анализ мочи, ЭКГ, УЗИ брюшной полости, сердца, щитовидной железы, репродуктивной системы, флюорография, анализ окиси углерода выдыхаемого воздуха с определением карбоксигемоглобина, анализ кала, соскоб на энтеробиоз, с целью раннего выявления отклонений в состоянии здоровья (в зависимости от возрастного периода); - доврачебные манипуляции: измерение роста, веса, АД, проведение плантографии, термометрии, осмотр на педикулёз, чесотку;

Отказываюсь: _____

В случае отказа от предложенных профилактических мероприятий ответственность за здоровье ребёнка несёт его родитель или законный представитель (ст. 63, 64, 65 Семейного Кодекса РФ) Медицинский осмотр представляет собой комплекс медицинских вмешательств, направленных на выявление патологических состояний, заболеваний и факторов риска их развития. Профилактические медицинские осмотры несовершеннолетних проводятся в установленные возрастные периоды в целях раннего (своевременного) выявления патологических состояний, заболеваний и факторов риска их развития, а также в целях формирования групп состояния здоровья и выработки рекомендаций для несовершеннолетних. **Предварительные медицинские осмотры** несовершеннолетних проводятся при поступлении в образовательные учреждения в целях определения соответствия учащегося требованиям к обучению.

Периодические медицинские осмотры несовершеннолетних проводятся в целях динамического наблюдения за состоянием здоровья учащихся, своевременного выявления начальных форм заболеваний, ранних признаков воздействия вредных и (или) опасных факторов учебного процесса на состояние их здоровья и выявления медицинских противопоказаний к продолжению учебы. В доступной для меня форме мне даны разъяснения о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ним риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что перед осуществлением медицинского вмешательства я имею право отказаться от медицинского вмешательства.

Я подтверждаю своей подписью, что прочитал(а) и понял(а) всё вышеизложенное.

Подпись представителя ребёнка мать _____ / _____ /

отец _____ / _____ /

Подпись медработника _____ / _____ /

ЗАЯВЛЕНИЕ

о согласии на обработку персонализированных данных

Я, _____
фамилия, имя, отчество

даю согласие _____
(наименование медицинской организации)

на обработку и использование данных моего ребенка, содержащихся в настоящем заявлении, с целью организации проведения медицинских осмотров

1. ФИО ребенка _____

2. Дата рождения _____ (число, месяц, год)

3. Пол _____
(женский, мужской - указать нужное)

4. Паспорт или свидетельство о рождении ребенка _____
(наименование, номер и серия документа кем и когда выдан)

5. Адрес регистрации по месту жительства _____
(почтовый адрес)

6. Наименование страховой медицинской организации, серия и номер полиса страхового медицинского обязательного страхования граждан пациента _____

7. Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) (при наличии) _____

8. Наличие инвалидности _____
(имеется, не имеется)

9. Социальная группа _____
(дошкольник, школьник, студент)

10. Диагноз по результатам проведения медицинских осмотров _____

11. Сведения о законном представителе _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

(почтовый адрес места жительства, пребывания, фактического проживания, телефон)

Об ответственности за достоверность представленных сведений предупрежден (предупреждена).

Срок действия Заявления - один год с даты подписания.

Подпись пациента _____ / _____ /

Заявление пациента принял _____

(дата приема
заявления) _____ (подпись
специалиста)

