

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я,

_____ (Ф.И.О. законного представителя несовершеннолетнего, или несовершеннолетнего)

« _____ » _____ (года рождения)

Проживающий по адресу: _____

(адрес места жительства законного представителя, несовершеннолетнего)

даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, предложенное
несовершеннолетнему, мне, чьим законным представителем я являюсь

_____ (Ф.И.О. несовершеннолетнего)

_____ года рождения, проживающего по

адресу _____

(адрес места жительства несовершеннолетнего)

необходимого для оказания медицинской помощи в связи с имеющимся заболеванием (состоянием),
осуществляемое в

_____ (полное наименование медицинской организации)

Медицинским

работником _____

(должность, Ф.И.О. лечащего врача или иного медицинского работника, участвующего в оказании
медицинской помощи)

Настоящим подтверждаю, что в соответствии со ст. 22 Федерального закона от 21.11.2011г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в соответствии с моим волеизъявлением, в понятной для меня форме, проинформирован (а) о предстоящей диспансеризации (включающей в себя медицинский осмотр, лабораторно-диагностическое обследование, организацию последующего лечения и реабилитации, в том числе оказание специализированной /высокотехнологичной / медицинской помощи), её целях и форме проведения.

Получив полные и всесторонние разъяснения, включая исчерпывающие ответы на поставленные мною вопросы, подтверждаю, что мне понятны используемые термины, суть предстоящей процедуры, добровольно в соответствии со ст.20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» даю своё согласие на проведение диспансеризации мне/ лицу, законным представителем которого я являюсь.

Я информирован(а), что в соответствии со ст.13 Федерального закона от 21.11.2011г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», информация о результатах диспансеризации составляет врачебную тайну, является конфиденциальной и не будет разглашена.

Также я информирован(а) о том, что в соответствии со ст.27 Федерального закона от 21.11.2011г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» я несу полную ответственность за сохранение своего здоровья/ здоровья лица, законным представителем которого я являюсь.

Я удостоверяю, что текст моего добровольного информированного согласия на проведение диспансеризации мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения мне понятны и меня удовлетворяют.

(подпись)

(Ф.И.О. законного представителя
несовершеннолетнего,
или несовершеннолетнего)

(подпись)

(Ф.И.О. лечащего врача
или иного медицинского работника,
участвующего в оказании мед. помощи)