

Добровольное согласие законного представителя на виды медицинских вмешательств в отношении несовершеннолетнего

Я, _____

(фамилия, имя, отчество, адрес, паспорт, серия, номер, кем и когда выдан, статус законного представителя несовершеннолетнего – мать, отец, опекун, попечитель или уполномоченный представитель органа опеки и попечительства или учреждение социальной защиты, в котором находится нуждающийся в опеке или попечительстве несовершеннолетний, либо лица, действующего на основании доверенности, выданной законным представителем)

далее – (Законный представитель) даю своё согласие на виды медицинских вмешательств в отношении несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет:

(фамилия, имя, отчество, адрес несовершеннолетнего, свидетельство о рождении или паспорт: серия, номер, кем и когда выдан)

(далее – Несовершеннолетний) в следующем объёме.

Даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включённые в Перечень определённых видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утверждённый приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н, для получения первичной медико-санитарной помощи Несовершеннолетним.

К ним, в частности, отнесены:

1. опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза;
2. осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование;
3. антропометрические исследования;
4. термометрия;
5. тонометрия;
6. неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций;
7. неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций;
8. исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы);
9. лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические;
10. функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, рэоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных);
11. рентгенологические методы обследования и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования;
12. введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутривожно;
13. медицинский массаж;
14. лечебная физкультура.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств или потребовать его (их) прекращения.

«__» _____ 20__ г.

(подпись)

(инициалы, фамилия)