

**Информированное добровольное согласие Законного представителя Пациента на медицинское вмешательство**

Я, **Гражданин \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.р., ПАСПОРТ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, КОД ПОДРАЗДЕЛЕНИЯ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ДАТА ВЫДАЧИ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, (далее – «Заказчик»), действующая в интересах \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.р. (далее – «Пациент»)**, подтверждаю, что мне разъяснено о том, что программа патронажа представляет собой плановые наблюдения ребенка в установленные сроки, соответствующие возрасту ребенка, а не консультация и диагностика по конкретному случаю заболевания в течении срока действия договора, которые должны быть оплачены мною отдельно (дополнительно).

На основании ст.20 ФЗ РФ от 21.11.2011 323 ФЗ «Об охране здоровья граждан» даю согласие на проведение следующих медицинских вмешательств в зависимости от возрастного периода:

‐профилактический медицинский осмотр специалистами;

‐обследование в рамках профилактических осмотров;

‐доврачебные манипуляции: измерение роста и массы, АД, термометрии, осмотр на педикулез и чесотку.

Отказываюсь/согласен (вписать нужное) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 В случае отказа от предложенных профилактических мероприятий ответственность за здоровье ребенка несет 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.

 В доступной для меня форме мне даны разъяснения о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ним риске, возможных вариантах медицинского вмешательства и его последствиях.

 Мне разъяснено, что перед проведением медицинского вмешательства я имею право отказаться от медицинского вмешательства.

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

Подпись представителя ребенка

мать \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

отец \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Дата «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_\_г.

Подпись медработника \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_\_г.