**Информированное добровольное согласие на проведение профилактического осмотра**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. подростка, либо законного представителя несовершеннолетнего)

«\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года рождения,

проживающий по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(адрес места жительства подростка, либо законного представителя несовершеннолетнего)

даю информированное добровольное согласие на проведение профилактического осмотра и видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень исследований при проведении медицинских осмотров, утвержденный Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21.12.2012г. № 134бн (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 02 апреля 2013г. № 27961

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. несовершеннолетнего, от имени которого выступает законный представитель)

«\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года рождения,

проживающий по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(адрес места жительства несовершеннолетнего

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

от имени которого выступает законный представитель)

Врачами-специалистами (осмотр необходимого по возрасту специалиста подчеркнуть)

Педиатром\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Отоларингологом\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Неврологом\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Травматологом\ортопедом\_\_\_\_\_\_\_\_

Детским хирургом\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Детским эндокринологом\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Офтальмологом\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Акушером-гинекологом\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Детским урологом-андрологом\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Детским стоматологом\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Детским\подростковым психиатром\_\_\_\_\_\_\_\_

Провести лабораторные и функциональные исследования (проведение необходимого по возрасту исследования подчеркнуть)

Общий анализ крови\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Общий анализ мочи\_\_\_\_\_\_\_

Исследование уровня глюкозы крови\_\_\_\_\_\_\_ Общий анализ кала\_\_\_\_\_\_\_

Электрокардиография\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Флюорография лёгких\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ультразвуковое исследование:

органов брюшной полости\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

сердца\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

щитовидной железы\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

органов репродуктивной сферы\_\_\_\_\_\_

тазобедренных суставов\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

нейросонография\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

В доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2100, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись несовершеннолетнего или законного представителя несовершеннолетнего)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись, Ф.И.О. медицинского работника, уполномоченного руководителем медицинской организации)

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года

(дата оформления)