

(в соответствии со ст. 20 Федерального Закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ")

Я, [REDACTED], [REDACTED]

Этот раздел бланка заполняется только законным представителем лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан

Я _____, паспорт: _____, выдан _____ являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным: _____ (Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина — полностью, год рождения)

Добровольно даю свое согласие на проведение:

- Опроса, в том числе выявление жалоб, сбора анамнеза.
- Осмотра, в том числе пальпации, перкуссии, аускультации, вагинального исследования (для женщин), ректального исследования.
- Антропометрического исследования.
- Термометрии.
- Тонометрии.
- Исследования функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).
- Забора анализов для лабораторных исследований, в том числе клинических, биохимических, цитологических, бактериологических, вирусологических, иммунологических, гистологических (биопсия).
- Функциональных методов обследования, в том числе электрокардиографии.
- Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутривожно.
- Медицинского массажа.
- Лечебной физкультуры.
- Ультразвукового исследования и доплерографии.

Необходимость других методов обследования и лечения будет мне разъяснена дополнительно.

Я информирован(а) о целях и методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи. Мне была предоставлена возможность задать вопросы о степени риска медицинского вмешательства и врач дал мне понятные, исчерпывающие ответы. Я информирован(а) о характере и неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также о том, что предстоит мне (представляемому) делать во время их проведения.

Я извещен(а) о том, что мне (представляемому) необходимо регулярно принимать назначенные препараты и другие методы лечения, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых, не прописанных лекарств;

Я предупрежден(а) и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима приема препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

Я уведомлен(а) о необходимости поставить в известность врача обо всех проблемах связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах.

Я уведомлен(а) о необходимости сообщить правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств;

Я ознакомлен(а) и согласен(а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на обследование и лечение в предложенном объеме.

Разрешаю, в случае необходимости, предоставлять информацию о моем диагнозе, степени тяжести и характере моего заболевания моим родственникам, законным представителям, гражданам:

(ФИО гражданина, контактный телефон)

13.12.2024