

**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство в медицинском пункте  
СШОР ГАУДОМО «Кировская СШОР по ГСиФ»  
(законного представителя несовершеннолетнего пациента)**

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. родителя, законного представителя)

Проживающий(-ая) по адресу: \_\_\_\_\_

Документ, удостоверяющий личность: \_\_\_\_\_  
(паспортные данные, серия номер, кем и когда выдан)

законный представитель ребенка \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. несовершеннолетнего ребенка полностью)

дата рождения ребенка \_\_\_\_\_ года Серия, номер свидетельства о рождении \_\_\_\_\_

адрес регистрации: \_\_\_\_\_

адрес места жительства \_\_\_\_\_

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н (далее – виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи, в медицинском пункте СШОР ГАУДОМО «Кировская СШОР по ГСиФ» (184250, Мурманская область, город Кировск, улица Олимпийская, здание 91Б):

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация.
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. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, мониторинг артериального давления, мониторинг электрокардиограммы, спирография.
10. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно.
11. Медицинский массаж.
12. Лечебная физкультура.

Медицинским работником \_\_\_\_\_  
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

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 21.11.2011 года №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Медицинское вмешательство без согласия гражданина, одного из родителей или иного законного представителя допускается:

- 1) если медицинское вмешательство необходимо по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни человека и если его состояние не позволяет выразить свою волю или отсутствуют законные представители (в отношении лиц, указанных в части 2 настоящей статьи);
- 2) в отношении лиц, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих;
- 3) в отношении лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами;
- 4) в отношении лиц, совершивших общественно опасные деяния (преступления);
- 5) при проведении судебно-медицинской экспертизы и (или) судебно-психиатрической экспертизы.

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья, в том числе после смерти:

\_\_\_\_\_ (подпись) (Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

\_\_\_\_\_ (подпись) (Ф.И.О. гражданина или законного представителя)

\_\_\_\_\_ (подпись) (Ф.И.О. медицинского работника)

Дата оформления «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20 г.