

Добровольное информированное согласие на медицинское вмешательство

Настоящее добровольное информированное согласие на медицинское вмешательство составлено в соответствии со **ст. 20 ФЗ №323 от 21.11.2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в РФ».**

Мне _____, законному представителю
(Ф.И.О спортсмена или. законного представителя несовершеннолетнего пациента)

_____, дата рождения (ребенка) __. __. ____ Г,
(Ф.И. ребенка)

разъяснены состояние моего здоровья или здоровья моего ребенка и характер необходимых диагностических мероприятий.

1. Настоящим я доверяю выполнить ГАУЗ СО «ДГП №13» следующие названные медицинские вмешательства:

1. обследование на аппаратно-программном комплексе;
2. антропометрия и динамометрия;
3. скрининг сердца компьютеризированный;
4. спирометрия;
5. экспресс-анализ для определения уровня глюкозы в капиллярной крови;
6. осмотр полости рта гигиенистом стоматологическим;
7. осмотр педиатра или терапевта;
8. осмотр врачей-специалистов (врач по спортивной медицине и ЛФК, невролог, хирург, офтальмолог, эндокринолог, психиатр, стоматолог, уролог-андролог, кардиолог, оториноларинголог, ортопед-травматолог, акушер-гинеколог (девочкам) и другие специалисты согласно медицинским показаниям);
9. функциональная диагностика в том числе с нагрузочными пробами;
10. лабораторное обследование: общий анализ крови, биохимический анализ крови, общий анализ мочи и другие исследования согласно медицинским показаниям;
11. ультразвуковая диагностика;
12. рентгенологическая диагностика.

2. Содержание указанных медицинских действий, связанных с ними возможный риск, вероятные осложнения, ожидаемый дискомфорт и последствия, а также альтернативы предлагаемому обследованию мне известны. Я имел(а) возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получил(а) исчерпывающие ответы, понял(а) всю предоставленную информацию, в том числе о преимуществе данного метода диагностики (лечения) и его недостатках.

3. Я подтверждаю, что сообщил(а) медицинскому работнику всю связанную с моим здоровьем или здоровьем моего ребенка, физическим и психическим состоянием, информацию, которая необходима для постановки диагноза и проведения лечения.

4. Я понимаю, что в ходе выполнения указанных выше медицинских действий могут возникнуть неожиданные обстоятельства, меняющие согласованный характер действий или требующие дополнительных исследований, манипуляций или процедур, не указанных в п.1 настоящего «Добровольного согласия». Я доверяю медицинскому работнику принять нужное решение в соответствии с его профессиональным суждением и выполнить медицинские действия, которые медицинский работник сочтет необходимыми для улучшения моего состояния.

5. Я признаю, что нет 100% гарантий, что выполнение указанных медицинских действий даст результаты, которые от них ожидаются.

6. Я подтверждаю своей подписью, что прочитал(а) и понял(а) все написанное, и что до моей подписи оставленные пространства не были заполнены.

7. Разрешаю сообщать сведения, составляющие врачебную тайну следующим лицам (вписать собственноручно):

Ф.И.О.	Дата рождения
Ф.И.О.	Дата рождения

Подпись пациента (Ф.И.О.) _____ / _____

Медицинского работника (Ф.И.О.) _____ / _____

Дата _____ 20 ____ г.