

## Информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства

Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество родителя (законного представителя) несовершеннолетнего  
являясь законным представителем несовершеннолетнего

\_\_\_\_\_  
(фамилия, \_\_\_\_\_, проживающего по адресу:  
имя, отчество несовершеннолетнего)

\_\_\_\_\_  
(адрес места жительства несовершеннолетнего)

на основании ст.20 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об охране здоровья граждан» даю согласие не  
проведение следующих медицинских вмешательств:

профилактический медицинский осмотр специалистами: педиатр, терапевт, врач ЛФК и спортивной медицины;

обследование в рамках профилактических осмотров: общий анализ крови, общий

анализ мочи, исследование уровня глюкозы в крови, анализ кала на яйца глистов, ультразвуковое исследование органов  
брюшной полости (комплексное), почек, сердца, щитовидной железы, органов репродуктивной сферы, электрокардиография,  
флюорография легких, рентгенография пазух носа, стоп, проверка цветоощущения.

доврачебные манипуляции: измерение роста и массы, артериального давления, термометрия, проверка наличия признаков  
инфекционных заболеваний.

Отказываюсь/согласен (вписать нужное)

В случае отказа от предложенных профилактических мероприятий ответственность за здоровье ребенка несет его  
родитель или законный представитель ( ст.ст. 63, 64, 65 Семейного кодекса Российской Федерации).

Профилактические медицинские осмотры несовершеннолетних проводятся в установленные возрастные  
периоды в целях раннего (своевременного) выявления патологических состояний, заболеваний и факторов  
риска их развития, немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ, а также в целях  
определения групп здоровья и выработки рекомендаций для несовершеннолетних и их родителей (законных  
представителей).

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.

Подписи представителя ребенка:

мать \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

отец \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

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

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

