

## Информированное согласие пациента на медицинское вмешательство

В соответствии со статьёй 20 Федерального закона от 21.11.2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»,

Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество)

родитель / законный представитель ребёнка / пациент  
(нужное подчеркнуть)

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество ребёнка)

подписывая данный документ, даю добровольное согласие на предложенное мне медицинское вмешательство:

- опрос (в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза);
- осмотр (в том числе пальпация, перкуссия, аускультация);
- антропометрические исследования (рост, вес);
- термометрия;
- тонометрия;
- исследование остроты зрения;
- исследование слуха;
- введение лекарственных препаратов по назначению врача при неотложных и экстренных состояниях;
- приём таблетированных лекарственных препаратов по показаниям при обращаемости ребёнка в медицинский кабинет.

Мне разъяснены особенности проведения указанного медицинского вмешательства.

Я поставил(а) в известность медицинского работника Людиновского индустриального техникума обо всех проблемах с моим (моего ребёнка) здоровьем:

- аллергические проявления

\_\_\_\_\_  
(какие, к чему)

- индивидуальная непереносимость лекарственных средств

\_\_\_\_\_  
(перечислить непереносимые лекарственные средства)

Я ознакомился(лась) со всеми пунктами настоящего документа, получил(а) необходимые пояснения, понял(а) суть подписанного документа и согласен(а) с ним.

\_\_\_\_\_  
(подпись родителя (официального представителя ребёнка, пациента), с указанием фамилии и вида родственных отношений)

Медицинский работник \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

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