

Информированное добровольное согласие

Я, _____

(Ф.И.О. гражданина)

“ _____ ”

_____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:

_____ (адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

Этот раздел бланка заполняется только на 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)

даю информированное добровольное согласие на следующие виды медицинских вмешательств:

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр, в том числе пальпация, 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. Медицинский массаж.
10. Лечебная физкультура.
11. Физиотерапевтические процедуры

для *получения медицинских услуг (получения медицинских услуг лицом, законным представителем которого я являюсь)* в Санкт-Петербургском государственном бюджетном учреждении социального обслуживания населения «**Центр социальной реабилитации инвалидов и детей-инвалидов Московского района**» (далее – **Центр**)

Медицинским работником _____

(должность, Ф.И.О. медицинского работника Центра)

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, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации” (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446).

Мною осуществлено информирование медицинского работника Центра обо всех проблемах, связанных с *моим здоровьем (здоровьем лица, законным представителем которого я являюсь)*, в том числе о об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных *мною (лицом, законным представителем которого я являюсь)* и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на *меня (лицо, законным представителем которого я являюсь)* во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах, сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации” может быть передана информация о *состоянии моего здоровья (состоянии здоровья лица, законным представителем которого я являюсь)*

_____ (Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О. медицинского работника Центра)

“ _____ ”

_____ 201 _____ г.

_____ (дата оформления)