

### Информированное согласие пациента на медицинское вмешательство

В соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21.11.11 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»,

Я,

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество)  
родитель (законный представитель ребенка, пациент) - (нужное подчеркнуть)

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество ребенка)  
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);
- антропометрический исследования (рост, вес);
- термометрия;
- тонометрия;
- исследование остроты зрения;
- исследование слуха;
- введение лекарственных препаратов по назначению врача при неотложных и экстренных состояниях;

2. Мне разъяснены особенности проведения указанного медицинского вмешательства.

3. Я поставил(а) в известность медицинского работника школы (д/сада) обо всех проблемах с моим (моего ребенка) здоровьем:

- аллергические проявления \_\_\_\_\_  
(какие, к чему)
- индивидуальная непереносимость лекарственных средств \_\_\_\_\_

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

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

\_\_\_\_\_  
Подпись родителя (официального представителя ребенка, пациента, с указанием фамилии и вида родственных отношений).

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

« \_\_\_\_\_ » 20 \_\_\_\_\_ г.