

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ (ОТКАЗ) НА ВЫПОЛНЕНИЕ
МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ**

В соответствии со статьей 20 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011 года №323-ФЗ
Я, _____,
(фамилия, имя, отчество – мать, отец, опекун, попечитель)
Адрес проживания и контактный телефон: _____

как законный представитель моего ребёнка, _____
(ФИО ребенка, от имени которого выступает законный представитель)

« _____ » _____ года рождения,
согласно моей воле, получил(а) информацию о состоянии здоровья и лечения моего ребенка.
Мне разъяснены возможные варианты медицинского вмешательства.

Я имел(а) возможность задать интересующие меня вопросы, касающиеся планируемого лечения. Я поставил(а) в известность врача обо всех известных мне проблемах, связанных со здоровьем моего ребёнка, в том числе об аллергических проявлениях, индивидуальной непереносимости пищевых и лекарственных препаратов, обо всех перенесённых и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил(а) сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

Я и мой ребёнок ознакомлены и обязуемся соблюдать, правила внутреннего распорядка, установленные в санатории. В случае развития у моего ребенка тяжелых поведенческих нарушений (агрессия к себе, окружающим, побег), что будет зафиксировано и установлено комиссией врачей во главе с зав. отделением и доведено до моего сведения, обязуюсь забрать ребенка из санатория.

Я прочитал(а) и принял(а) всё вышеизложенное, удовлетворен(а) ответами врача на мои вопросы, доверяю квалификации медицинского персонала.

Я добровольно и осознанно даю своё согласие на проведение моему ребёнку:

1. Санаторного лечения включающего: лечебную гимнастику, массаж, физиотерапевтическое лечение (электро-, водолечение и т.д.), медикаментозное лечение, коррекционные логопедические и психологические занятия.
2. Проведение лечебных мероприятий специалистами (врачом неврологом, врачом ЛФК, физиотерапевтом, стоматологом, другими специалистами санатория, включая осмотры медицинскими специалистами).
3. Направление его на стационарное лечение в больницы города по экстренным показаниям: проведение неотложных диагностических и лечебных мероприятий.

Своим согласием, Я доверяю лечащему врачу и другим врачам санатория выбор методов лечения ребёнка. Я информирован(а) дополнительно о медикаментозной терапии, которая при наличии показаний может быть назначена моему ребенку лечащим врачом.

По показаниям ребенку могут назначаться необходимые медикаменты или другие виды лечения. В случае возникновения острого заболевания или патологического состояния, требующего неотложного вмешательства, ребенку будет назначено лечение в соответствии с медицинскими стандартами, некоторые препараты могут вводиться в виде инъекций.

Я подтверждаю, что врач информирован обо всех проблемах, связанных со здоровьем ребёнка, заявляю об отсутствии (или наличии) известных противопоказаний к пищевым продуктам, лекарственным препаратам, противопоказаний по диете, режиму, физической нагрузке и другим выше описанным методам обследования и лечения.

Имеющиеся противопоказания вписать _____
Дополнительная информация _____

Я разрешаю посещать ребенка в санатории, забирать на прогулку по территории санатория следующим гражданам (Ф.И.О. полностью, паспортные данные):

Примечание:

При отсутствии законных представителей или невозможности связаться с ними по телефону, и в случаях необходимости проведения неотложных диагностических и лечебных мероприятий, вопрос о медицинском вмешательстве в интересах пациента решает консилиум, при невозможности собрать консилиум – непосредственно лечащий врач с последующим уведомлением главного врача (заведующего отделением).

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств. Я подтверждаю своей подписью, что вышеизложенная информация мною прочитана, мне понятна.

Я даю своё согласие на лечение представляемого мной ребенка в предлагаемом объеме.

Дата _____ Подпись _____

Я возражаю от конкретного вида лечения:

Вписать _____

Дата _____ Подпись _____

Врач: Ф.И.О. _____ Подпись _____