

## Информационное согласие пациента на медицинское вмешательство

В соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ  
«Об основах охраны здоровья граждан»

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

Родитель (законный представитель, пациент) (нужное подчеркнуть)

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество)

Подписываю данный документ, даю добровольное согласие на предложенное медицинское вмешательство:

- Опрос (в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза);
- Осмотр (в том числе пальпация, перкуссия, аускультация);
- Антропометрическое исследование (рост, вес);
- Термометрия;
- Тонометрия;
- Введение лекарственных аппаратов по назначению врача при неотложных и экстренных состояниях;
- Прием таблетированных лекарственных препаратов по показаниям при обращаемости ребенка в медицинский кабинет.

Мне разъяснены особенности проведения указанных медицинских вмешательств. Я поставил(а) в известность обо всех проблемах с моим (моего ребенка) здоровьем:

- Аллергические проявления

\_\_\_\_\_  
(какие, к чему)

- Индивидуальная переносимость лекарственных средств \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(перечислить не переносимые лекарственные препараты)

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

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

Мед. работник ГАУ КО «СШ по футболу «Калуга»

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.