

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, _____,
Документ удостоверяющий личность _____, серия _____ номер _____,
дата выдачи _____, кем выдан _____,
являясь законным представителем несовершеннолетнего проживающего по адресу:

на основании ст. 20 ФЗ РФ от 21.11.2011 323-ФЗ «Об охране здоровья граждан» даю согласие на проведение в отношении несовершеннолетнего следующих медицинских вмешательств:
- профилактический медицинский осмотр врачом психиатром – наркологом в бюджетном учреждении здравоохранения Омской области «Наркологический диспансер»;
- обследование в рамках профилактического осмотра: химико-токсикологическое исследование мочи на содержание наркотических веществ предварительным и подтверждающим методами исследования (в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения РФ от 6 октября 2014 г. N 581н "О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров обучающихся в общеобразовательных организациях и профессиональных образовательных организациях, а также образовательных организациях высшего образования в целях раннего выявления незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ")
Отказываюсь: _____

В случае отказа от предложенных профилактических мероприятий ответственность за здоровье ребёнка несёт его родитель или законный представитель (ст. 63, 64, 65 Семейного Кодекса РФ) Медицинский осмотр представляет собой комплекс медицинских вмешательств, направленных на выявление патологических состояний, заболеваний и факторов риска их развития. Профилактические медицинские осмотры несовершеннолетних проводятся в установленные возрастные периоды в целях раннего (своевременного) выявления патологических состояний, заболеваний и факторов риска их развития, а также в целях формирования групп состояния здоровья и выработки рекомендаций для несовершеннолетних. В доступной для меня форме мне даны разъяснения о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ним риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что перед осуществлением медицинского вмешательства я имею право отказаться от медицинского вмешательства в отношении несовершеннолетнего.

Я подтверждаю своей подписью, что прочитал(а) и понял(а) всё вышеизложенное.

« _____ » _____ 20__ г

Подпись законного представителя несовершеннолетнего _____/_____

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, _____,
проживающий _____ по _____ адресу:

на основании ст. 54 ФЗ РФ от 21.11.2011 323-ФЗ «Об охране здоровья граждан» даю согласие на проведение следующих медицинских вмешательств:

- профилактический медицинский осмотр врачом психиатром – наркологом в бюджетном учреждении здравоохранения Омской области «Наркологический диспансер»;
- обследование в рамках профилактического осмотра: химико-токсикологическое исследование мочи на содержание наркотических веществ предварительным и подтверждающим методами исследования (в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения РФ от 6 октября 2014 г. N 581н "О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров обучающихся в общеобразовательных организациях и профессиональных образовательных организациях, а также образовательных организациях высшего образования в целях раннего выявления незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ")
Отказываюсь: _____

Медицинский осмотр представляет собой комплекс медицинских вмешательств, направленных на выявление патологических состояний, заболеваний и факторов риска их развития. Профилактические медицинские осмотры проводятся в установленные возрастные периоды в целях раннего (своевременного) выявления патологических состояний, заболеваний и факторов риска их развития, а также в целях формирования групп состояния здоровья и выработки рекомендаций для несовершеннолетних.

В доступной для меня форме мне даны разъяснения о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ним риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что перед осуществлением медицинского вмешательства я имею право отказаться от медицинского вмешательства.

Я подтверждаю своей подписью, что прочитал(а) и понял(а) всё вышеизложенное.

« _____ » _____ 20__ г

Подпись _____/_____