

Добровольное информированное согласие родителя (законного представителя) на обследование и лечение обучающегося

Я, _____,

(фамилия, имя, отчество родителя, законного представителя несовершеннолетнего пациента – мать, отец, опекун, либо лица, действующего на основании доверенности, выданной законным представителем (указать паспортные данные законного представителя, реквизиты документа, подтверждающего его полномочия как законного представителя))

_____, паспорт: _____
(дата рождения) (серия, номер, кем и когда выдан, код подразделения)

являясь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) несовершеннолетнего
(нужное подчеркнуть)

(фамилия, имя, отчество несовершеннолетнего, дата его рождения)

проживающего (ей) по адресу: _____

подтверждаю, что в медицинской справке указаны ВСЕ заболевания, перенесенные ребенком, а также хронические заболевания и аллергии.

Я обязуюсь предоставить необходимые данные об ограничениях для ребенка, в том числе о состоянии здоровья, питании, о необходимости ограничить физические и иные нагрузки, а также иные данные, которые могут повлиять на обучение ребенка в региональном Центре выявления, поддержки и развития способностей и талантов у детей и молодежи Московской области (в структуре автономной некоммерческой общеобразовательной организации «Областная гимназия им. Е.М. Примакова») (далее – Центр).

Я даю согласие на представление работниками Центра интересов моего ребенка в медицинских учреждениях с правом получения медицинской документации, результатов лабораторных и инструментальных исследований.

Я даю информационное добровольное согласие, в соответствии с требованиями статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», на медицинское вмешательство медицинскими работниками, по обращению работника (работников) Центра, на проведение при необходимости медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, утвержденных приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23.04.2012 г. № 390н, в отношении ребенка, законным представителем которого я являюсь, а также на проведение в случае необходимости таких видов вмешательств, как:

- первичная медицинская помощь (обработка ран и наложение повязок);
- госпитализация ребенка по медицинским показаниям в медицинские учреждения Москвы и Московской области.

Кроме того, в соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» даю добровольное согласие на проведение при необходимости следующих диагностических процедур и манипуляций (в АНОО «Областная гимназия им. Е.М. Примакова») ООО «ДЕТСКАЯ КЛИНИКА» (ГК Фэнтези):

- медицинская консультация, а именно опрос, выявление жалоб, сбор анамнеза;
- осмотр врача (дежурного, лечащего, врача-специалиста, врача-стоматолога и т.д.);
- анализы крови, мочи, кала и других сред (общеклинические, биохимические, бактериологические, иммунологические и т.д.).

Я даю добровольное согласие на проведение в случае необходимости следующих лечебных процедур и манипуляций:

- пероральный прием лекарственных препаратов;
- парентеральное введение лекарственных препаратов (подкожные, внутримышечные и внутривенные инъекции, внутривенные вливания, ингаляции и т.д.);

