

ООО «Эста»
ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
для детей до 15 лет
на проведение осмотра врачом-педиатром (медицинской сестры)

Ленинградская область

«___» _____ 20__ г.

Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии со статьей 20 Федерального Закона РФ от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об Основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

Я (отец, мать, опекун - нужное подчеркнуть) _____,
(фамилия, имя, отчество)

паспорт: _____,
(серия, номер, кем и когда выдан)

зарегистрирован(а) по адресу: _____,

являясь законным представителем ребёнка: _____,
(фамилия, имя, отчество ребёнка, возраст)

посещающего группу ухода и присмотра в ООО «Система» по адресу: _____,
добровольно даю согласие на регулярные профилактические осмотры врача педиатра (медицинской сестры) ООО «Эста» (Детский медицинский центр Родник) /лицензия от 27.06.2016 № 78-01-006918/, включающие в себя:

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбора анамнеза.
2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия.
3. Антропометрическое исследование.
4. Термометрию.
5. Тонometriю.
6. Не инвазивные исследования органов зрения и зрительных функций.
7. Не инвазивные исследования органов слуха и слуховых функций.
8. Исследования функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).
9. Исследование функций опорно-двигательного аппарата.

Необходимость других методов обследования и лечения будет мне разъяснена дополнительно.

Мне даны полные и всесторонние разъяснения о процедуре осмотра моего ребёнка.

Настоящим я доверяю врачу и его коллегам выполнять осмотр без моего присутствия.

Я заявляю, что изложил(а) врачу все известные мне данные о состоянии здоровья ребёнка, наследственных, психических, венерических и других заболеваниях в семье.

Я подтверждаю, что прочитал(а) и понял(а) всё вышеизложенное, имел(а) возможность обсудить с врачом все интересующие и непонятные мне вопросы, связанные с осмотром ребёнка. На все заданные вопросы я получил(а) удовлетворяющие меня ответы и у меня не осталось невыясненных вопросов к врачу.

Моё решение является **свободным и добровольным** и представляет собой **информированное согласие** на проведение медицинского вмешательства.

Содержание настоящего документа мною прочитано, разъяснено мне Врачом, оно мне полностью понятно, что я и удостоверяю своей подписью.

Подпись представителя пациента: _____ / _____ /