Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

«_____»_____20 г.

Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии с Федеральным законом Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

Я, _____

(Ф.И.О. полностью пациента, родителей или его законного представителя ребенка, не достигшего 18 лет), действуя в интересах (Ф.И.О., дата рождения ребенка)_____

_____

Пребывая в ООО КгДОЛ СТ «Морское братство», по нашему добровольному желанию, прошу провести моему ребенку все необходимые диагностические исследования, оздоровительные и лечебные мероприятия.

1. Мне разъяснены состояние моего здоровья, а также характер, порядок и содержание всех необходимых диагностических, оздоровительных и лечебных мероприятий.
2. Настоящим я доверяю врачам ООО КгДОЛ СТ «Морское братство» выполнять все необходимые исследования (опрос, осмотр, антропометрические исследования, термометрия, тонометрия, спирография, ультразвуковые исследования, флюорография, неинвазивные исследования органа зрения, слуха и функций, исследование функций нервной системы, ЭКГ, лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические), лечебные манипуляции и процедуры (комплексное применение природных лечебных факторов, медикаментозное лечение, инъекции, физиолечение, ЛФК, ручной массаж, лечение и удаление зубов).
3. Мы информированы о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.
4. Проинформированы об альтернативных методах лечения. Ознакомлены с планом предлагаемого нам обследования и его действием, с возможным изменением терапии в случае непереносимости мною тех или иных лекарственных препаратов, изменением состояния моего здоровья, требующего изменения тактики лечения, а также применением лекарственных препаратов и других методов лечения, которые могут быть назначены врачами-консультантами других учреждений.
5. Заявляем, что изложили врачу все известные нам данные о состоянии нашего здоровья, наследственных, психических и других заболеваниях в нашей семье.
6. Подтверждаем, что прочитали и поняли все вышеизложенное, имели возможность обсудить с врачом все интересующие и непонятные нам вопросы, связанные с лечением нашего заболевания и последующим реабилитационным периодом. На заданные вопросы получили удовлетворяющие нам ответы и у нас не осталось невыясненных вопросов к врачу.
7. Наше решение является свободным и добровольным и представляет собой информированное согласие на проведение медицинского обследования и лечения нашего ребенка.
8. Мы, родители и наш ребенок ознакомлены с распорядком дня, нормами и правилами поведения, правилами оказания медицинских услуг в ООО КгДОЛ СТ «Морское братство» и обязуемся их соблюдать.
9. Содержание настоящего документа нами прочитано, разъяснено врачом (по месту жительства), оно нам полностью понятно, что удостоверяем своей подписью.
10. Согласны на проведение нашему ребенку физиотерапевтических процедур по показаниям рекомендованных врачом по месту жительства: массаж ручной, светолечение (КУФ), ингаляции с лекарственными препаратами, магнитотерапия, лазеротерапия (нужное подчеркнуть).

Примечание: данные процедуры являются платными. Если ребенок во время смены в лагере заболел и нуждается в этих процедурах, врачи лагеря назначают их бесплатно.

Отказ от видов медицинского вмешательства заполняется отдельно.

11. В случае заболевания ребенка в лагере, мы согласны на введение лекарственных препаратов внутримышечно, подкожно, внутривенно, внутрикожно по назначению врача и при необходимости на госпитализацию ребенка.
12. С прейскурантом цен на дополнительное лечение в лагере – ознакомлены.

Родитель или законный представитель _____ _____

Ф.И.О. (полностью)

Врач_____ _____

Ф.И.О. (полностью)