

**Областное бюджетное учреждения здравоохранения  
«Ивановский областной клинический центр медицинской реабилитации»  
Отделение спортивной медицины.  
ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ВИДЫ  
МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ.**

В соответствии со статьёй 20 Федерального закона №323-ФЗ от 21.11.2011г. «Об основах здоровья граждан в Российской Федерации» необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача в письменной форме информированного добровольного согласия(отказа) гражданина или его законного представителя на медицинское вмешательство.

Я, \_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество полностью)

являясь законным представителем ребёнка (мать, отец, усыновитель, опекун)

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество полностью, дата рождения)

возраст \_\_\_\_\_

(полных лет)

получив от медицинского работника ОБУЗ «ИОКЦМР»

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество)

информацию о медицинском вмешательстве, даю согласие на:

- клинический осмотр врачей специалистов,
- осмотр врача психотерапевта,
- функциональные обследования (электрокардиограмма, велоэргометрия, спирография, ультразвуковая диагностика и др.),
- лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические,
- применения физиотерапевтических методов лечения, лечебной физкультуры, медицинского массажа.

Мне в доступной понятной для меня форме разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи, правила подготовки к лабораторным исследованиям и возможные погрешности в результатах при их несоблюдении, вероятные риски манипуляций (боль или дискомфорт при введении иглы, гематома в области пункции вены, обморок и пр).

Я имел(а) возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получил исчерпывающие ответы.

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть),

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество гражданина, контактный телефон)

\_\_\_\_\_подпись\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество гражданина или законного представителя гражданина)

\_\_\_\_\_подпись\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество медицинского работника)

Дата оформления \_\_\_\_\_