Приложение № 2

к приказу Министерства здравоохранения

Российской Федерации

от 20.12.2012 № 1177н **Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи**

Мне, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , законному представителю несовершеннолетнего \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, лечащим врачом \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в понятной для меня форме предоставлена информация относительно моего ребёнка, в т.ч. о его заболеваниях, прогнозах, существующих методах лечения, связанных с ними рисков, возможных вариантах медицинских вмешательств, их последствиях, в том числе вероятности развития осложнений, а также предполагаемых результатах оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации”.

Я информирован (а) о природных факторах МЦ «Решма». Мне была предоставлена возможность задать интересующие вопросы о здоровье моего ребёнка и получить на них ответы в доступной для меня форме.

Я даю информированное добровольное согласие на проведение следующих процедур в МЦ «Решма» своему несовершеннолетнемусыну (дочери)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Опрос, в т.ч. выявление жалоб, сбор анамнеза.

2. Осмотр, в т.ч. пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия.

3. Антропометрические исследования.

4. Термометрия.

5. Тонометрия.

6. Неинвазивные исследования органов зрения и зрительных функций.

7. Неинвазивные исследования органов слуха и слуховых функций.

8. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).

9. Лабораторные методы обследования, в т.ч. клинические и биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические.

10. Функциональные методы обследования, в т.ч. электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахиметрия, пикфлуометрия, пульсоксиметрия, реоэнцефалография, электроэнцефалография, , ультразвуковые исследования, доплерографические исследования , компьютерная диагностика зрения.

11. Рентгенологические методы обследования, в т.ч. флюрография (для лиц старше 15 лет)

12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в т.ч. внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно.

13. Медицинский массаж.

14. Лечебная физкультура.

15. Различные виды физиотерапевтических процедур.

16. Консультации специалистов: ЛОР - врача, невролога, пульмонолога, врача ЛФК, ортопеда, эндокринолога, дерматолога, психолога, физиотерапевта, хирурга, окулиста, стоматолога (с санацией), детского гинеколога (с проведением тематических бесед с девочками, при необходимости – с бимануальным исследованием).

17. В случае возникновения у моего ребенка неотложного состояния (травма, острая хирургическая патология и др.) и необходимости получения согласия законных представителей ребенка на проведение экстренных манипуляций в иных медицинских учреждениях даю свое согласие на их проведение.

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,также ознакомлен(а) с действующими в ФГБУЗ МЦ «Решма» ФМБА России Правилами пребывания и поведения в ФГБУЗ МЦ «Решма» ФМБА России.

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», настоящим документом также даю согласие ФГБУЗ МЦ «Решма» ФМБА России на обработку, получение от третьих лиц и использование моих персональных данных (сведений) и персональных данных моего несовершеннолетнего ребенка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(ФИО, дата и место рождения, пол, возраст, образование, сведение о работе, номер контактного телефона, паспортные данные, адрес места жительства (регистрации), номер страхового полиса ОМС, а также иные персональные данные, в том числе любой информации, относящейся ко мне и моему несовершеннолетнему ребенку \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ прямо или косвенно в связи с пребыванием в МЦ «Решма».

Я даю согласие на использование изображений моего несовершеннолетнего ребенка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, в рекламных, информационных и иных материалах, без выплаты мне вознаграждения. Настоящее Согласие предоставляется на все изображения, полученные в период пребывания несовершеннолетнего \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_в Учреждении. Учреждение вправе передавать права на изображения любым третьим лицам в целях, связанных с уставными целями Учреждения. Изображения не могут быть использованы Учреждением способами, порочащими честь, достоинство и деловую репутацию.

Персональные данные могут быть использованы до дня отзыва настоящего согласия в письменной форме.

Всю необходимую Информацию о моем ребенке прошу предоставлять:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Адрес, контактный номер телефонп для связи)

Подпись пациента: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись врача: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**СОГЛАСИЕ**

(на занятие ребенка в спортивной секции, кружке)

*Кинешемский район, территория МЦ "Решма", д.1*

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, являясь законным представителем несовершеннолетнего \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года рождения, выражаю свое согласие на занятие сына (дочери) в спортивной секции в период его пребывания на отдыхе в ФГБУЗ МЦ «Решма» ФМБА России, под руководством опытного инструктора/тренера.

Я предупреждена, что, несмотря на принимаемые инструктором/тренером меры предосторожности, занятия в спортивной секции не исключают причинение неосторожных и случайных травматических воздействий в процессе тренировочных занятий.

Решение о занятиях ребенка принято мною осознанно, с учетом потенциальной опасности данного вида спорта.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_