

Информированное добровольное согласие на медицинские вмешательства для получения первичной медико-санитарной, неотложной скорой медицинской помощи в период пребывания в ГБУ СШОР Петродворцового района Санкт-Петербурга (далее-СШОР)

Я,

Ф.И.О. одного из родителей, опекуна, иного законного представителя

« ____ » _____ г. рождения Проживающий (-ая) по адресу: _____

адрес одного из родителей, опекуна, попечителя, иного законного представителя, контактный телефон

даю добровольное информированное согласие на проведение медицинских вмешательств моему ребенку

Ф.И.О. ребенка, от имени которого, выступает законный представитель

« ____ » _____ г. рождения, чьим законным представителем я являюсь,
проживающего по адресу:

фактический адрес проживания ребенка

при оказании первичной медико-санитарной, неотложной и скорой медицинской помощи в СШОР

Я ознакомлен с перечнем видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие для получения первичной медико-санитарной помощи в доступной для меня форме, а так же уведомлен в том, что при оказании неотложной и скорой медицинской помощи я буду информирован по указанному выше телефону. В случае невозможности связаться со мной и при возникновении угрозы жизни моему ребенку, решение об объеме и виде медицинского вмешательства определяют медицинские работники СШОР. В доступной для меня форме мне даны разъяснения о целях, порядке оказания медицинской помощи. В случае моего отсутствия уполномочиваю присутствовать при оказании медицинской помощи моему ребенку, чьим законным представителем я являюсь, медицинскому работнику СШОР, в т.ч. и при необходимости госпитализации. Информированное добровольное согласие действительно на срок пребывания ребенка в СШОР с « ____ » _____ 20__ г.

Подпись законного представителя ребенка

Подпись медицинского работника СШОР

дата:

Перечень

видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при получении первичной медико-санитарной помощи:

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия.
3. Антропометрические исследования, спирометрия, динамометрия.
4. Термометрия.
5. Тонометрия.
6. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций.
7. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций.
8. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).
9. Госпитализация, в случае необходимости, по решению медицинских работников СШОР.
10. Даю согласие на проведение психолого-педагогических мониторингов с участием моего ребенка.

Информированное добровольное согласие на медицинские вмешательства для получения первичной медико-санитарной, неотложной и скорой медицинской помощи в период пребывания в ГБУ СШОР Петродворцового района Санкт-Петербурга (далее-СШОР)

Я,

Ф.И.О. одного из родителей, опекуна, иного законного представителя

« ____ » _____ г. рождения Проживающий (-ая) по адресу: _____

адрес одного из родителей, опекуна, попечителя, иного законного представителя, контактный телефон

даю добровольное информированное согласие на проведение медицинских вмешательств моему ребенку

Ф.И.О. ребенка, от имени которого, выступает законный представитель

« ____ » _____ г. рождения, чьим законным представителем я являюсь,
проживающего по адресу:

фактический адрес проживания ребенка

при оказании первичной медико-санитарной, неотложной и скорой медицинской помощи в СШОР

Я ознакомлен с перечнем видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие для получения первичной медико-санитарной помощи в доступной для меня форме, а так же уведомлен в том, что при оказании неотложной и скорой медицинской помощи я буду информирован по указанному выше телефону. В случае невозможности связаться со мной и при возникновении угрозы жизни моему ребенку, решение об объеме и виде медицинского вмешательства определяют медицинские работники СШОР. В доступной для меня форме мне даны разъяснения о целях, порядке оказания медицинской помощи. В случае моего отсутствия уполномочиваю присутствовать при оказании медицинской помощи моему ребенку, чьим законным представителем я являюсь, медицинскому работнику СШОР, в т.ч. и при необходимости госпитализации. Информированное добровольное согласие действительно на срок пребывания ребенка в СШОР с « ____ » _____ 20__ г.

Подпись законного представителя ребенка

Подпись медицинского работника СШОР

_____ дата:

Перечень

видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при получении первичной медико-санитарной помощи:

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия.
3. Антропометрические исследования, спирометрия, динамометрия.
4. Термометрия.
5. Тонометрия.
6. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций.
7. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций.
8. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).
9. Госпитализация, в случае необходимости, по решению медицинских работников СШОР.
10. Даю согласие на проведение психолого-педагогических мониторингов с участием моего ребенка.