

**Информирование добровольное согласие  
на медицинское вмешательство**

Я,

являясь законным представителем несовершеннолетнего проживающего по адресу:

на основании ст. 20 ФЗ РФ от 21.11.2011 2323-ФЗ «Об охране здоровья граждан»,  
Распоряжения Министерства здравоохранения Оренбургской области № 834 от 10.08.  
2011г, Приказа Минздрава России от 05.11.2013 № 822-н « Об утверждении Порядка  
оказания медицинской помощи несовершеннолетним, в том числе в период обучения и  
воспитания в образовательных организациях, даю согласие на проведение следующих  
медицинских вмешательств в зависимости от возрастного периода:

- профилактический медицинский осмотр специалистами: хирург, невролог,  
отоларинголог, офтальмолог, педиатр, стоматолог, гинеколог, (девочки) .
- доврачебные манипуляции: измерение роста, веса, АД, проведение плантографии,  
термометрии, осмотр на педикулёз, чесотку;
- оказание первой медицинской помощи

Отказываюсь:

В случае отказа от предложенных профилактических мероприятий ответственность за  
здоровье ребёнка несёт его родитель или законный представитель (ст. 63, 64, 65  
Семейного Кодекса РФ). Медицинский осмотр представляет собой комплекс медицинских  
вмешательств, направленных на выявление патологических состояний, заболеваний и  
факторов риска их развития.

Профилактические медицинские осмотры несовершеннолетних проводятся в  
установленные возрастные периоды в целях раннего (своевременного) выявления  
патологических состояний, заболеваний и факторов риска их развития, а также в целях  
формирования групп состояния здоровья и выработки рекомендаций для  
несовершеннолетних.

**Периодические медицинские осмотры** несовершеннолетних проводятся в целях  
динамического наблюдения за состоянием здоровья учащихся, своевременного выявления  
начальных форм заболеваний, ранних признаков воздействия вредных и (или) опасных  
факторов учебного процесса на состояние их здоровья и выявления медицинских  
противопоказаний к продолжению учебы.

В доступной для меня форме мне даны разъяснения о целях, методах оказания  
медицинской помощи, связанном с ним риске, возможных вариантах медицинского  
вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания  
медицинской помощи.

Мне разъяснено, что перед осуществлением медицинского вмешательства я имею право  
отказаться от медицинского вмешательства.

Я подтверждаю своей подписью, что прочитал(а) и понял(а) всё вышеизложенное.

Подпись представителя ребёнка

мать \_\_\_\_\_

отец \_\_\_\_\_