Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, _____

(Ф.И.О. родителя, контактный телефон)

., являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным

_____

(Ф.И.О. ребенка)

- Добровольно даю свое согласие на проведение моему ребенку, в соответствии с назначениями врача, диагностических исследований: анализа крови общего и биохимического, исследований крови на наличие вируса иммунодефицита человека, вирусных гепатитов, бледной трепонемы, анализа мочи общего, электрокардиографии; проведения рентгеновских, ультразвуковых и эндоскопических исследований и лечебных мероприятий: прием таблетированных препаратов, инъекций, внутривенных вливаний, диагностических и лечебных пункций, физиотерапевтических процедур. Необходимость других методов обследования и лечения будет мне разъяснена дополнительно;
- Я информирован (информирована) о целях, характере и неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью.
- Я предупрежден (предупреждена) и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима приема препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья моего ребенка;
- Я поставил (поставила) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем моего ребенка, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности;
- Я согласен (согласна) на осмотр другими медицинскими работниками в медицинских, целях с учетом сохранения врачебной тайны;
- Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на оперативное вмешательство в предложенном объеме;
- Разрешаю, в случае необходимости, предоставить информацию о диагнозе, степени тяжести и характере заболевания моего ребенка следующим родственникам, законным представителям, гражданам:

_____

_____

"___" _____ 20__ года.

_____

Подпись родителя (законного представителя)

: