Приложение № 2
Утверждено приказом Министерства здравоохранения
Российской Федерации от 12.11.2021 № 1051н

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, _____
(фамилия, имя, отчество законного представителя)

Паспорт: серия_____ №_____

_____
(кем и когда выдан)

Адрес: _____

Являюсь законным представителем (мать, отец, опекун, усыновитель)

Ф.И.О.ребёнка_____

Дата рождения ребёнка «_____» _____ 20_____ г.

Я даю информированное добровольное согласие на проведение следующих процедур в ДСОЛ КД «Берёзовая роща» своему несовершеннолетнему сыну (дочери):

1. Опрос, в т.ч. выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр, в т.ч. пальпация, перкуссия, аускультация, фарингоскопия.
3. Антропометрические исследования, динамометрия, определение ЖЕЛ.
4. Термометрия, тонометрия, пульсоксиметрия.
5. Лечебная физкультура, лечебное плавание в бассейне.
6. Фитотерапия, фитоароматерапия.
7. Различные виды физиотерапевтических процедур (водолечение, грязелечение, теплолечение, галотерапия, гипокситерапия, аэроионотерапия, ингаляционная терапия, другие виды аппаратной физиотерапии) по назначению врача:

_____

8. Занятия с психологом в сенсорной комнате.
9. Консультации специалистов: ЛОР - врача, невролога, пульмонолога, врача ЛФК, ортопеда, эндокринолога, дерматолога, психолога, физиотерапевта, хирурга, окулиста, стоматолога (с санацией), детского гинеколога и других (по показаниям).
10. В случае заболевания ребёнка - введение и прием лекарственных препаратов по назначению врача внутрь, внутримышечно, внутривенно, подкожно, путём ингаляций.
11. Экспресс – диагностика, очистительная клизма по показаниям.
12. 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.

«_____» _____ 202_____г.
(дата оформления)

Подпись законного представителя _____

Контактный телефон:_____