

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, _____, законный представитель пациента
ФИО родителя (законного представителя)

ФИО ребенка

дата рождения

адрес, телефон

В соответствии с требованиями статьи № 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», Федерального закона от 25.11.2003 г. № 317 – ФЗ даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство во время пребывания в о/л «Сигнал».

Я доверяю медицинским работникам выполнение исследований, вмешательств и лучевых исследований, если таковое будет продиктовано медицинской необходимостью и целесообразностью и выполнено в соответствии с действующими стандартами и правилами.

Я даю согласие на проведение при необходимости следующих вмешательств медицинских работников о/л «Сигнал»:

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза;
2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия;
3. Антропометрические исследования;
4. Термометрия;
5. Тонометрия;
6. Очистительная и лечебная клизма;
7. Обработка ран и наложение повязок;

Госпитализацию детей по медицинским показаниям в больницы, находящиеся за пределами о/л «Сигнал» со следующими видами вмешательства:

8. Неинвазивные исследования органов зрения и зрительных функций;
9. Неинвазивные исследования органов слуха и слуховых функций;
10. Исследования функций нервной системы;
11. Лабораторные методы исследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические;
12. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиологические, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование кардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, реэнцефалография, электроэнцефалогрия;
13. Рентгенологические методы исследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования.
14. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно.
15. Анестезиологическое пособие.
16. Пункция суставов и внутрисуставное введение лекарственных средств.
17. Закрытая репозиция при переломах.
18. Промывание желудка.
19. Хирургическое лечение гнойно - некротических процессов.
20. Оказание гинекологической и урологической помощи.
21. Оказание психиатрической помощи.

Я, также даю согласие на обработку необходимых персональных данных, в объеме и способами, указанными в п.1,3 ст. 11 Федерального закона № 152 - ФЗ «О персональных данных».

Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие субъекта персональных данных: фамилия, имя, отчество, дата и место рождения, адрес, контактный телефон, реквизиты, полис ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, другая информация.

Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие: сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передача) в порядке, установленном законодательством РФ, обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных, иные действия.

дата

подпись