

## Согласие на оказание неотложной медицинской помощи

Я, \_\_\_\_\_

законный представитель ребенка \_\_\_\_\_

класс \_\_\_\_\_ год рождения \_\_\_\_\_

даю согласие на введение моему ребенку литической смеси (анальгин, супрастин, но-шпа) в случае гипертермии и раствора преднизолона внутримышечно в случае тяжелой аллергической реакции.

Даю согласие на введение антистолбнячной сыворотки при глубоких ранах.

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г \_\_\_\_\_ подпись ( \_\_\_\_\_ )

сотовый телефон родителей \_\_\_\_\_

## Информационная справка

Аллергия на продукты питания, шерсть животных(да/нет) \_\_\_\_\_

Непереносимость лекарственных препаратов(да/нет) \_\_\_\_\_

Реакции на повышение температуры тела(да/нет) \_\_\_\_\_

Противопоказания к физиотерапии\_(да/нет) \_\_\_\_\_

Противопоказания к лечебной верховой езде(да/нет) \_\_\_\_\_

Осложнения при ОРВИ (отиты, бронхоспазмы, длительный кашель, ларингоспазмы, другие) \_\_\_\_\_

Ребенок страдает энурезом (да/нет) \_\_\_\_\_

Склонность к агрессии(да/нет) \_\_\_\_\_

Наличие судорожных состояний (да/нет) \_\_\_\_\_

Особенности питания (пищевые предпочтения, отвращение к отдельным видам продуктов) \_\_\_\_\_

Ребенок на период заезда принимает следующие лекарственные средства \_\_\_\_\_

Другая информация \_\_\_\_\_

С режимом посещений и правилами поведения при посещении детей ознакомлен(а), об ответственности предупрежден(а)

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

подпись ( \_\_\_\_\_ )

**Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи.**

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина, законного представителя)  
" \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ г. рождения,

зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_  
(адрес места жительства гражданина, либо законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082) (далее - Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи / получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе:

осмотр врачами-специалистами;

осмотр на педикулез;

Выполнение ЛФК, ФТЛ, массаж

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. ребенка, дата рождения)

в ГОСУДАРСТВЕННОМ БЮДЖЕТНОМ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОМ УЧРЕЖДЕНИИ ЦЕНТРЕ РЕАБИЛИТАЦИИ И ОБРАЗОВАНИЯ №7  
Медицинским работником \_\_\_\_\_

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2012, N 26, ст. 3442, 3446). Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

\_\_\_\_\_  
(подпись) (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

\_\_\_\_\_  
(подпись) (Ф.И.О. медицинского работника)

" \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ г.  
(дата оформления)