

Согласие на оказание неотложной медицинской помощи

Я, _____
паспорт серия _____ номер _____ выдан кем _____
когда _____ код подразделения _____
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)
паспорт серия _____ номер _____ выдан кем _____
когда _____ код подразделения _____

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 города Москвы Центр реабилитации и образования №7 ДТСЗН города Москвы
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)