

Информированное добровольное согласие

пациента на медицинское вмешательство от " _____ " _____ 20__ г.

В соответствии со статьями 19, 20, 22 Закона РФ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ" от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ

Я _____ (ФИО)
(пациента или его законного представителя)

Доверяю лечащему врачу (ам) и добровольно даю согласие на необходимые медицинские вмешательства в целях улучшения здоровья моего ребенка медицинский осмотр, лечебно-оздоровительные процедуры).

Я поставил (а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем ребенка, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной переносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных травмах, операциях, заболеваниях, о принимаемых лекарственных средствах.

Пользуясь правом, предоставленным мне законодательством Российской Федерации разрешаю давать информацию о состоянии здоровья моего ребенка только следующим лицам:

(ФИО и контактный телефон лица, уполномоченного получить информацию)

Содержание настоящего документа мною прочитано, оно мне понятно, дополнительно, разъяснено врачом.

(подпись пациента или его законного представителя)

АНКЕТА (педагогическая)

№ ПУТЕВКИ _____

Ф.И. ребенка _____

Дата рождения _____

Домашний адрес, № телефона (домашний, сог. родителя),
№ школы, в которой учится ребенок

Ф.И.О. отца _____

Место работы (предприятие, № контактного телефона): _____

Ф.И.О матери _____

Место работы (предприятие, № контактного телефона): _____

Есть ли у ребенка-АЛЛЕРГИЯ на лекарства или продукты питания. Судороги, бронхиальная астма, ночное недержание мочи (энурез) или особенности поведения?
- укажите, что именно:

Состоит ли ваш ребенок на учете у инспектора по делам несовершеннолетних:

ДА (соответствующее подчеркнуть) НЕТ