Добровольное информированное согласие законного представителя (пациента)
на медицинское вмешательство

**заполняется на детей до 14 лет включительно**

Настоящее добровольное информированное согласие на медицинское вмешательство составлено в соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 г. №323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ».

|  |  |
| --- | --- |
| Мне, |  |
| *(фамилия, имя, отчество* *законного представителя несовершеннолетнего пациента)* |
| законному представителю |  |  |
| *(фамилия, имя, отчество ребенка,*  |
|  |
| *дата рождения)* |
| Проживающему по адресу |  |  |
|  |

разъяснены причины, характер и необходимый объем медицинского вмешательства для моего ребенка во время учебно-тренировочного процесса.

1. Настоящим я доверяю медицинскому работнику МАОУ ДО ДЮСШ «Дельфин» следующие медицинские вмешательства:
	1. Неотложная медицинская помощь в случае заболевания ребенка.
	2. Неотложная медицинская помощь в случае получения травмы ребенком.

1.3. Текущий медицинский осмотр детей, в медицинском отделении школы в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 01.03.2016 г. № 314н «Об утверждении Порядка обезличивания сведений о лицах, которым оказывается медицинская помощь, а также о лицах, в отношении которых проводятся медицинские экспертизы, медицинские осмотры и медицинские освидетельствования».

1.4. Консультация врача, медицинский массаж, необходимые для оказания медицинской помощи в связи с имеющимся заболеванием (состоянием).

В доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинского вмешательства, и последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от определенного вида медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных
ч 9. ст. 20Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-Ф3 «Об охране здоровья граждан в Российской Федерации»

1. Я понимаю, что в ходе выполнения указанных выше медицинских действий могут возникнуть неожиданные обстоятельства, меняющие согласованный характер действий или требующий дополнительных исследований, манипуляций или процедур, не указанных в п.2 настоящего «Добровольного согласия». Я доверяю медицинскому работнику принять нужное решение в соответствии с его профессиональным суждением и выполнить медицинские действия, которые он сочтет необходимыми для улучшения состояния моего ребенка.
2. Я подтверждаю, что сообщил(а) Врачу всю связанную со здоровьем, моего ребенка его физическим и психическим состоянием информацию, которая необходимо для установки диагноза (в том числе диагноза «Практически здоров»),
3. Я разрешаю врачу доводить необходимую информацию о состоянии здоровья моего ребенка до его тренера и руководителя структурного подразделения с целью оптимизации тренировочного процесса, и предотвращения нанесения вреда здоровью моего ребенка неадекватными физическими нагрузками.
4. Я признаю, что нет 100% гарантий, что выполнение указанных медицинских действий даст результаты, которые от них ожидаются.
5. Я подтверждаю своей подписью, что прочитал(а) и понял(а) все написанное, и что до моей подписи оставленные пространства не были заполнены.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| *Директор МАОУ ДО ДЮСШ «Дельфин»* |  | *(дата)* |  | (подпись) |
|  |  |  |  |  |
| *ФИО медицинского работника* |  | *(дата)* |  | (подпись) |
|  |  |  |  |  |
| *Пациент (Законный представитель) (ФИО)* |  | *(дата)* |  | (подпись) |