

**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 МАУ ДО «СШ «Дельфин» следующие медицинские вмешательства:

1.1. Неотложная медицинская помощь в случае заболевания ребенка.

1.2. 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. 20 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об охране здоровья граждан в Российской Федерации»

2. 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.

3. 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»),

4. 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.

5. Я признаю, что нет 100% гарантий, что выполнение указанных медицинских действий даст результаты, которые от них ожидаются.

6. Я подтверждаю своей подписью, что прочитал(а) и понял(а) все написанное, и что до моей подписи оставленные пространства не были заполнены.

\_\_\_\_\_  
*Директор МАУ ДО «СШ «Дельфин»*

\_\_\_\_\_  
*(дата)*

\_\_\_\_\_  
*(подпись)*

\_\_\_\_\_  
*ФИО медицинского работника*

\_\_\_\_\_  
*(дата)*

\_\_\_\_\_  
*(подпись)*

\_\_\_\_\_  
*Пациент (Законный представитель) (ФИО)*

\_\_\_\_\_  
*(дата)*

\_\_\_\_\_  
*(подпись)*