

Добровольное согласие на виды медицинских вмешательств,  
которое законные представители воспитанников дают при направлении детей  
в ФГБУ «РСРЦ для детей-сирот», для получения первичной медико-санитарной  
и санаторно-курортной помощи

Я, \_\_\_\_\_  
(ФИО законного представителя гражданина в возрасте до 15 лет)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу:

\_\_\_\_\_ (адрес места жительства законного представителя гражданина в возрасте до 15 лет)

даю 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. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее - Перечень): опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза; осмотр педиатра, осмотр фтизиатра, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, назначение медикаментозного лечения (по показаниям); осмотр оториноларинголога, в том числе риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия; осмотр стоматолога, в том числе проведение санации полости рта; осмотр психиатра, в том числе назначение медикаментозного лечения (по показаниям); антропометрические исследования; термометрия; тонометрия; лабораторные методы обследования: клинические, биохимические, в том числе бактериологические, вирусологические, иммунологические; функциональные методы обследования: электрокардиография, спирография, фонокардиография, рэоэнцефалография, вариабельность сердечного ритма; рентгенологические методы обследования, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования; проведение иммуннодиагностики туберкулеза (проба Манту с 2 ТЕ, Диаскинтест); проведение специфической химиотерапии туберкулезной инфекции (по показаниям); введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно; санация небных миндалин (по показаниям); промывания носоглотки по Проэццу (по показаниям); медицинский массаж; лечебная физкультура; проведение физиотерапевтических процедур, для получения первичной медико-санитарной помощи и санаторно-курортной помощи лицом,

\_\_\_\_\_ (ФИО гражданина в возрасте до 15 лет, на которого законный представитель оформляет согласие)

законным представителем которого я являюсь, в ФГБУ «Российский санаторно-реабилитационный центр для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей» в случае возникновения необходимости и наличия обоснованных показаний для проведения обследования и (или) лечения в условиях стационара, в интересах сохранения и улучшения здоровья лица, законным представителем которого я являюсь, даю добровольное согласие на госпитализацию и обработку персональных данных сотрудниками стационара, обязанными сохранять профессиональную тайну, в рамках соблюдения требований законодательства РФ.

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (ФИО законного представителя гражданина, контактный телефон)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ Г.  
( дата оформления)