Приложение к ФЗ №323\_ФЗ от 21.11.2011г.

**Добровольное информированное согласие на проведение**

**профилактических медицинских осмотров детям или отказа от них**

Я, нижеподписавшийся(аяся)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО родителя/законного представителя несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет, несовершеннолетнего старше 15лет)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_года рождения, настоящим подтверждаю

а) получил информацию о необходимости проведения медицинского осмотра

б) мне предложен план обследования, даны полные разъяснения о том, что предстоит делать во время проведения осмотра

в) я извещен, что несоблюдение рекомендаций врача может отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья

г) я имел возможность задать любые интересующие меня вопросы касательно состояния моего здоровья и получил на них удовлетворительные ответы

Получил(а) полную информацию о необходимости проведения медицинского осмотра:

***комплексная профилактическая услуга КГБУЗ «Краевой Центр общественного здоровья и медицинской профилактики»:*** *анализ крови (определение уровня холестерина и глюкозы в крови); измерение роста, веса, объема талии, вычисление индекса массы тела (ИМТ); оценка состояния сердца по электрокардиограмме (ЭКГ); определение: пульсоксиметрии (измерение степени насыщения гемоглобина артериальной крови кислородом - (определение сатурации); частоты пульса (удары в минуту в среднем за 5-20 секунд), биоимпедансометрии (определение состава тела человека: соотношения жировой и мышечной массы); спирометрии (измерение объемных и скоростных показателей дыхания, определение концентрации оксида углерода в выдохе).*

Я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, и добровольно соглашаюсь на проведение медицинского осмотра

несовершеннолетнему \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО, год рождения несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет)

Я, нижеподписавшийся(аяся) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО родителя/законного представителя несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет, несовершеннолетнего старше 15лет)

Я свидетельствую, что разъяснил все вопросы, связанные с проведением медицинского осмотра несовершеннолетнему, и дал ответы на все вопросы

Врач\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО) (подпись)