**Информированное добровольное согласие на виды**

**медицинских вмешательств для получения первичной**

**медико-санитарной помощи**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 ( Ф.И.О. заполняется спортсменом с 15 лет )

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Ф.И.О. заполняется родителем/ опекуном/законным представителем/на лиц не достигших возраста 15 лет)

паспорт: серия:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ номер:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

кем выдан:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ зарегистрированный по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

являюсь законным представителем ребенка\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

для получения первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной помощи в СПБ ГБУ ДО СШОР «КШВСМ» даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств:

1.Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.

2.Осмотр, пальпацию, перкуссию, аускультацию, риноскопию, фарингоскопию.

3.Антропометрические исследования.

4.Термометрию.

5.Тонометрию.

6.Проведение пробы с физической нагрузкой.

7.Функциональные методы исследования, в том числе электрокардиографию, электрокардиографию с физической нагрузкой, динамометрию по назначению врача.

8.Оказание первичной неотложной помощи.

9. Медицинский массаж.

Я поставил в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем меня (моего ребенка), в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных средств, обо всех перенесенных травмах, операциях, заболеваниях.

Я ознакомлен(а) и согласен(сна) со всеми пунктами настоящего документа, и добровольно даю свое согласие на медицинское вмешательство в рамках выше перечисленных пунктов.

 Мне разъяснено, что я имею право отказаться от медицинской помощи, включенной в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2012, N 26, ст. 3442, 3446).

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (не нужное зачеркнуть)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (Ф.И.О. спортсмена с 15 лет, контактный телефон)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (Ф.И.О. родителя/ опекуна/законного представителя/для лиц не достигших возраста 15 лет, контактный телефон)

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.