

Анкета поступающего в _____ класс

ФИО ребенка _____

Дата рождения _____

Страховой полис _____

Страховая компания _____

Адрес регистрации _____

Адрес проживания _____

Контактный телефон ребенка _____

Обслуживающая поликлиника № _____ Адрес _____

Данные родителей :

Мать _____ конт. тел. _____

Отец _____ конт. тел. _____

Группа здоровья _____ Физкультурная группа _____ Ветряная оспа (болел/не болел) в _____ году

Дата последней R-Манту _____

Диагноз _____

Примечание (аллергические реакции, обмороки, эписиндромы и др.) _____

**Информированное 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**

Я,

_____ (Ф.И.О. гражданина)

" ____ " _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:

_____ (адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

даю информированное 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. N 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082) (далее - Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи / получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в

_____ (полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником _____

_____ (должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных 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 3 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 (ненужное зачеркнуть)

_____ (Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

_____ (подпись) _____ (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

_____ (подпись) _____ (Ф.И.О. медицинского работника)

" ____ " _____ г.
(дата оформления)

Форма добровольного согласия на медицинское вмешательство

В соответствии со ст. 32 «Согласие на медицинское вмешательство» Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан необходимым предварительным условием обследования детей до 18 лет является получение информационного согласия родителей или других законных представителей ребенка.

Я, _____
(Ф.И.О. родитель, законный представитель) полностью

Проживающий по адресу _____
как законный представитель своего сына (дочери) _____

Ф.И.О. ребенка полностью

дата рождения

Даю свое согласие

да/нет

На проведение диспансеризаций (осмотр врача-педиатра и врачей-специалистов)	
На проведение электрокардиографии	
На забор анализа крови и соскоба на энтеробиоз	
На проведение профилактических прививок по Национальному календарю	
На измерение веса, роста, артериального давления	
На проведение осмотра на педикулез, чесотку, микроскопию	
На оказание неотложной медицинской помощи	

Государственное бюджетное образовательное учреждение города Москвы СОШ № _____ гарантирует, что медицинское обслуживание осуществляется в соответствии с действующим законодательством РФ.

Я подтверждаю, что, давая такое Согласие, я действую по собственной воле и в интересах своего подопечного.

Согласие может быть отозвано по моему письменному заявлению.

Дата _____

Подпись _____

Ознакомлена « _____ » 201 _____ г.

Врач-педиатр _____

Ознакомлена « _____ » 201 _____ г.

Медсестра _____