

**Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, входящие в перечень, для получения первичной медико-санитарной помощи во время обучения в МАУДО «СШОР по гимнастике»**

Я, \_\_\_\_\_  
 (Ф.И.О. полностью гражданина либо законного представителя гражданина, не достигшего 15 лет)  
 \_\_\_\_\_ года рождения, проживающий по адресу: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 (адрес места жительства гражданина либо законного представителя гражданина, не достигшего 15 лет)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, входящие в указанный далее перечень, при оказании мне /гражданину, чьим законным представителем я являюсь (ненужное зачеркнуть)

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. полностью гражданина, от имени которого выступает законный представитель)  
 \_\_\_\_\_ года рождения, проживающего по адресу: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 (адрес места жительства гражданина, от имени которого выступает законный представитель)

доврачебной медицинской помощи, первичной медико-санитарной помощи в МАУДО «СШОР ПО ГИМНАСТИКЕ»

**Перечень видов медицинских вмешательств:**

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза (общего и спортивного).
2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация.
3. Антропометрические исследования.
4. Термометрия.
5. Измерение артериального давления и пульса.
6. Лечебный, спортивный массаж.
7. Лечебная физкультура.
8. Физиотерапия.

Я поставлен (поставлена) в известность, что во время обучения и прохождения обучения \_\_\_\_\_

(указать программу и вид спорта)

будут проводиться мероприятия по проведению углубленного медицинского осмотра (консультация врачей-специалистов, необходимые исследования и др.) с целью допуска к учебно-тренировочным мероприятиям и соревнованиям.

Мне даны полные и всесторонние разъяснения о проведении углубленного медицинского осмотра и объеме обследования.

Добровольно даю свое согласие на проведение в соответствии с назначениями врача всего объема диагностических исследований в рамках углубленного медицинского осмотра.

Необходимость других методов обследования и лечения будет мне разъяснена дополнительно.

Я извещен (извещена) о необходимости немедленно сообщать медицинскому работнику МАУДО «СШОР по гимнастике» о любом ухудшении самочувствия.

Я поставил (поставила) в известность медицинского работника обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах.

Я сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

Разрешаю, в случае необходимости, предоставить информацию о диагнозе, степени тяжести и характере моего заболевания медицинским работникам для проведения дальнейших лечебно-оздоровительных мероприятий по итогам углубленного медицинского осмотра и для обработки данных результатов углубленного медицинского осмотра при условии сохранения врачебной тайны.

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 2011г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

*При оказании доврачебной медицинской помощи и первичной медико-санитарной помощи гражданину, чьим законным представителем я являюсь, в случае моего отсутствия может присутствовать:*

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О, которому предоставляется право присутствовать при оказании первичной медико-санитарной помощи- тренер, методист)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина либо законного представителя гражданина)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. медицинского работника)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г.  
(дата оформления)