**Информированное добровольное согласие на медицинские вмешательства при получении амбулаторно-поликлинической помощи**

Я _____
(фамилия, имя, отчество полностью)

**Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет:**

Я, _____

паспорт:_____ ,выдан:_____

_____
(кем, когда)

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка:

_____

_____
Ф. И. О, ребенка полностью, год рождения

при получении амбулаторно-поликлинической помощи в БУЗ ВО «Вологодский областной врачебно-физкультурный диспансер» добровольно даю свое согласие на:

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр, в том числе пальпацию, перкуссию, аускультацию.
3. Антропометрические исследования.
4. Термометрию.
5. Тонометрию.
6. Проведение пробы с физической нагрузкой.
7. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).
8. Функциональные методы исследования, в том числе электрокардиографию, электрокардиографию с физической нагрузкой, велоэргометрию, спироэргометрию, суточное мониторирование АД, суточное мониторирование ЭКГ, спирографию, реоэнцефалографию, реовазографию.

---

По назначению врача:

1. Медицинский массаж.
2. Лечебную физкультуру.

Подтверждаю, что я ознакомлен (ознакомлена) с характером предстоящего мне обследования и лечения.

Я поставил (поставила) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, в т.ч. носительстве ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитах, туберкулезе, инфекциях, передаваемых половым путем, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, физических нагрузках во время тренировок и соревнований, принимаемых лекарственных средствах. Сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

Мне была предоставлена возможность задать вопросы о необходимости проведения диагностических и лечебных вмешательств и врач дал понятные мне исчерпывающие ответы.

Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие проведение медицинского обследования.

«____»_____20__ года *Подпись пациента/законного представителя ребенка* _____

Расписался в моем присутствии: Врач _____
(должность, Ф.И.О.) (подпись)

---