

## Добровольное информированное согласие пациента на обследование и лечение

Я, \_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя, отчество родителя, законного представителя несовершеннолетнего пациента – мать, отец, опекун, либо лица, действующего на основании доверенности, выданной законным представителем (указать паспортные данные законного представителя, реквизиты документа, подтверждающего его полномочия как законного представителя)

\_\_\_\_\_, паспорт: \_\_\_\_\_  
(дата рождения) (серия, номер, кем и когда выдан, код подразделения)

являясь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) несовершеннолетнего  
(нужное подчеркнуть)

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество несовершеннолетнего, дата его рождения)  
проживающего (ей) по адресу: \_\_\_\_\_

подтверждаю, что в медицинской справке указаны ВСЕ заболевания, перенесенные ребенком, а также хронические заболевания и аллергии.

Я обязуюсь предоставить необходимые данные об ограничениях для ребенка, в том числе о состоянии здоровья, питании, о необходимости ограничить физические и иные нагрузки, а также иные данные, которые могут повлиять на обучение ребенка в автономной некоммерческой общеобразовательной организации «Областная гимназия им. Е.М. Примакова» (далее – АНОО «Областная гимназия им. Е.М. Примакова» и/или Гимназия).

Я даю согласие на представление работниками Гимназии интересов моего ребенка в медицинских учреждениях с правом получения медицинской документации, результатов лабораторных и инструментальных исследований.

Я даю информационное добровольное согласие, в соответствии с требованиями статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», на медицинское вмешательство медицинскими работниками, по обращению работника (работников) Гимназии, на проведение при необходимости медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23.04.2012 г. № 390н, в отношении ребенка, законным представителем которого я являюсь, а также на проведение в случае необходимости таких видов вмешательств, как:

- первичная медицинская помощь (обработка ран и наложение повязок);
- госпитализация ребенка по медицинским показаниям в медицинские учреждения

Москвы и Московской области.

Кроме того, в соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» даю добровольное согласие на проведение при необходимости следующих диагностических процедур и манипуляций (в АНОО «Областная гимназия им. Е.М. Примакова») ООО «ДЕТСКАЯ КЛИНИКА» (ГК Фэнтези):

- медицинская консультация, а именно опрос, выявление жалоб, сбор анамнеза;
- осмотр врача (дежурного, лечащего, врача-специалиста, врача-стоматолога и т.д.);
- анализы крови, мочи, кала и других сред (общеклинические, биохимические, бактериологические, иммунологические и т.д.).

Я даю добровольное согласие на проведение в случае необходимости следующих лечебных процедур и манипуляций:

- пероральный прием лекарственных препаратов;
- парентеральное введение лекарственных препаратов (подкожные, внутримышечные

и внутривенные инъекции, внутривенные вливания, ингаляции и т.д.);

– с целью ограничения контакта со здоровыми детьми изоляция больного ребенка в бокс для заболевших детей (изолятор).

За исключением случаев, когда имеет место состояние здоровья, при котором имеется непосредственная угроза жизни, мне не должны выполняться следующие диагностические и лечебные манипуляции: \_\_\_\_\_

В случае возникновения во время обследования и лечения непредвиденных осложнений, угрожающих моему здоровью, я даю согласие на изменение характера лечения, проведение срочных диагностических, лечебных и организационных мероприятий, направленных на немедленное устранение всех болезненных состояний независимо от степени их тяжести и угрозы жизни, предусмотренные утвержденными стандартами оказания медицинской помощи, действующими на территории Российской Федерации.

Мне будут в доступной форме разъяснены альтернативные методы обследования и лечения, а также возможные последствия моего отказа от обследования и лечения.

Я могу отказаться от пребывания в стационаре, обследования и лечения в любой момент, даже после подписания информированного согласия.

Я утверждаю, что все интересующие меня вопросы мною заданы, все полученные ответы и разъяснения от медицинского персонала мною поняты, возможный риск предстоящего исследования, манипуляции, операции (включая летальный исход) мною осознан.

Я понимаю, что медицинским персоналом будут приниматься все необходимые меры для моего излечения, но никаких гарантий или обещаний относительно результатов лечения не может быть предоставлено.

Я понимаю, что мне может быть дана информация о том, кто именно будет выполнять исследование, манипуляцию, операцию, однако мне гарантируется, что данное лицо имеет соответствующую квалификацию и опыт, предусмотренный положениями действующего законодательства Российской Федерации.

Я знаю, что в моих интересах сообщить медицинскому работнику обо всех имеющихся у меня и известных мне проблемах со здоровьем, аллергических реакциях и индивидуальной непереносимости лекарств, о наличии у меня в прошлом или в настоящее время инфекционного гепатита, туберкулеза, венерических заболеваний (в том числе сифилиса и ВИЧ-инфекции), а также о злоупотреблении алкоголем и/или пристрастии к наркотическим препаратам.

Я понимаю, что нарушение врачебных рекомендаций, а также сокрытие информации о состоянии моего здоровья может способствовать развитию местных и/или общих осложнений или даже стать их причиной.

Я ознакомлен(а) со всеми пунктами настоящего документа и согласен(а) с ними.

Законный представитель пациента

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
подпись Ф.И.О. полностью  
« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202\_\_ г.

Медицинский работник

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
подпись Ф.И.О.  
« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202\_\_ г.

## Уважаемые родители!

В соответствии с приказом Министерства образования Российской Федерации от 22.10.1999 № 636 «Об утверждении Положения о службе практической психологии в системе Министерства образования Российской Федерации» в АНОО «Областная гимназия им. Е.М. Примакова» осуществляется психологическое сопровождение учебно-воспитательного процесса.

Психологическое сопровождение – это система деятельности психолога, направленная на создание оптимальных социально-психологических условий для развития позитивных отношений детей и взрослых (учеников и педагогов), психологическое и психическое развитие ребенка с ориентацией на зону его ближайших интересов. Главной целью психологического сопровождения образовательного процесса является личностное развитие учащихся, их социально-психологическая адаптация в сочетании с самореализацией.

В рамках психологического сопровождения процесса обучения осуществляются:

- психологическая диагностика эмоционального и интеллектуального уровня учащихся,
- психологическое консультирование,
- профориентационная работа.

Для того, чтобы осуществлять регулярную поддерживающую обучение психологическую работу, нам необходимо получить от вас официальное разрешение. В случае, если мы не получим от вас такого подписанного заявления, мы не сможем включать вашего ребёнка в развивающие мероприятия, организованные психологом, не сможем оказать срочную поддержку, или провести плановый мониторинг эмоционального состояния, не сможем работать на профилактику психосоматических расстройств и консультировать педагогов по поводу ситуаций, связанных с вашим ребёнком.

**Директору АНОО  
«Областная гимназия им. Е.М. Примакова»  
М.О. Майсурадзе  
от \_\_\_\_\_**

### Заявление

Я, \_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество родителя, законного представителя несовершеннолетнего – мать, отец, опекун, либо лица, действующего на основании доверенности, выданной законным представителем)

согласен (а) на психологическое сопровождение образовательного процесса моего ребенка

(Ф.И.О ребёнка)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2025 г.

\_\_\_\_\_   
подпись

В случае, если Вы хотите задать вопросы по поводу проводимой работы, а также возможностей, которые предоставляет психологическая служба АНОО «Областная гимназия им. Е.М. Примакова», пожалуйста обращайтесь к школьному психологу по электронному адресу (info@primakov.school) или назначьте встречу со школьным психологом по телефону: +7 495 274-44-44.