|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Федеральное государственное бюджетное учреждение здравоохранения  «Центр гигиены и эпидемиологии № 91 Федерального медико-биологического агентства»  **Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство**  В соответствии с Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" необходимым предварительным условием обследования граждан РФ, в том числе, несовершеннолетних в возрасте до 15 лет, является получение информированного согласия (на несовершеннолетних от родителей или других законных представителей).  Я, **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.р**.,  проживающий по адресу: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_,  как законный представитель несовершеннолетнего лица до 15-ти лет –  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.р.,**  даю свое согласие на ***лабораторное исследование биологического материала (моего; моего ребенка).***  ФГБУЗ ЦГиЭ № 91 ФМБА России 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 несовершеннолетнего лица, не достигшего возраста 15-ти лет.  Дата «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_года  Пациент \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Законный представитель  несовершеннолетнего пациента: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (подпись, инициалы, фамилия)  Медицинский работник:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (подпись, инициалы, фамилия) | |  |  | | --- | --- | | Федеральное государственное бюджетное учреждение здравоохранения  «Центр гигиены и эпидемиологии № 91 Федерального медико-биологического агентства»  **Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство**  В соответствии с Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" необходимым предварительным условием обследования граждан РФ, в том числе, несовершеннолетних в возрасте до 15 лет, является получение информированного согласия (на несовершеннолетних от родителей или других законных представителей).  Я, **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.р**.,  проживающий по адресу: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_,  как законный представитель несовершеннолетнего лица до 15-ти лет –  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.р.,**  даю свое согласие на ***лабораторное исследование биологического материала (моего; моего ребенка).***  ФГБУЗ ЦГиЭ № 91 ФМБА России 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 несовершеннолетнего лица, не достигшего возраста 15-ти лет.  Дата «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_года  Пациент \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Законный представитель  несовершеннолетнего пациента: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (подпись, инициалы, фамилия)  Медицинский работник:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (подпись, инициалы, фамилия) |  | |