|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_годаПациент \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Законный представительнесовершеннолетнего 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 «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_годаПациент \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Законный представительнесовершеннолетнего пациента: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись, инициалы, фамилия)Медицинский работник:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись, инициалы, фамилия) |  |

 |