ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ)

В соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 N323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» ***даю информированное добровольно согласие на медицинское вмешательство* ДИАСКИНТЕСТ**своему ребенку \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ класс \_\_\_\_\_\_

Содержание настоящего документа мною прочитано и полностью мне понятно. Мне была предоставлена возможность задавать вопросы, связанные с предстоящим исследованием, и меня полностью информировали о его назначении, особенностях проведения, возможных осложнениях и последствиях.

Я доверяю врачу и его коллегам принять необходимое решение в соответствии с их профессиональным суждением и выполнить любые медицинские действия, которые они сочтут необходимым для улучшения состояния.

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

подпись

**В случае отказа сделать самостоятельно, либо посетить Противотуберкулезный диспансер для допуска в школу в течение 1 месяца (СанПин 3.3686-21)**