

## 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* **Реакция Манту**

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.

Дата \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_

**В случае отказа сделать самостоятельно,  
либо посетить фтизиатра для допуска в школу в течение 2 недель.**