

Факультет: _____

Уч. группа: _____

Для несовершеннолетних студентов до 18 лет.

Главному врачу ГБУЗ РБ ГKB №5 г. Уфа
Шайхутдиновой О.В.
от гражданина (ФИО полностью) _____

Дата рождения: _____

З А Я В Л Е Н И Е

Я, _____, прошу Вас прикрепить
гражданина _____, _____ г., _____ 20____ г.р., законным
представителем которого я являюсь на основании: несовершеннолетний ребенок, попечительство, в ГБУЗ РБ ГKB №5
г. Уфа на все время обучения в _____ с 20____ по 20____ год.
Пол: М/Ж. Гражданство: Российская Федерация
Паспорт: серия _____ № _____, выдан _____
Адрес фактического проживания: г. Уфа
Адрес регистрации (прописка): _____
Дата регистрации (прописка): _____ . Контактный телефон: _____
Полис обяз.мед.страх.: _____, (на лицевой стороне полиса 16 цифр)

Наименование страховой медицинской организации: _____
ИНН _____, СНИЛС: _____
(12 цифр) (14 цифр)

Наименование и адрес медицинской организации (поликлиники), оказывающей медицинскую помощь, в которой
гражданин находится на обслуживании до момента подачи заявления: _____

Дата заполнения: « _____ » _____ 202____ г. Подпись пациента: _____ / _____

Уч. врач: _____ . Главный врач (зам.глав.врача.): _____ / _____

Информированное добровольное согласие на медицинские вмешательства

Я, _____, _____ г. рожд.
(Ф.И.О. полностью)

проживающий по адресу: _____
(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на проведение следующих видов медицинских вмешательств: Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза; Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрягая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование; Антропометрические исследования; Термометрия; Тонометрия; Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций; Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций; Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы); Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические; Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, реоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных); Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования; Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикжно; Медицинский массаж; Лечебная физкультура, для получения первичной медико-санитарной помощи в ГБУЗ РБ ГKB №5 г. Уфа.

Мне, в доступной для меня форме, разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов выше перечисленных медицинских вмешательств, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных ч. 9 ст. 20 ФЗ от 21.11.2011г. №323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ".

Я поставил(а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических веществ. Я извещен(а) о необходимости соблюдения режима в ходе лечения, регулярно принимать назначенные препараты, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых непрописанных препаратов. Я извещен(а), что несоблюдение рекомендаций врача, режима приема препарата, бесконтрольное самолечение могут осложнить лечение и отрицательно сказаться на состоянии здоровья. Я имел(а) возможность задать любые интересующие вопросы касательно заболевания и лечения, получил(а) на них удовлетворительные ответы. С предложенным планом лечения согласен(а).

Дата: _____ 202____. Подпись гражданина или законного представителя гражданина: _____

Медицинский работник: _____

образец!

Факультет: _____

Уч. группа: 23 П-1

Главному врачу ГБУЗ РБ ГКБ №5 г. Уфа
Шайхутдиновой О.В.
от гражданина (ФИО полностью) Садрина
Азата Аугаровича
Дата рождения: 01.01.2007г.

Для несовершеннолетних студентов до 18 лет.

ЗАЯВЛЕНИЕ

Я, Садрина Лейла Саитовна ... прошу Вас прикрепить
гражданина Садрина Азата Аугаровича, 01.01.2007 г.р., законным
представителем которого я являюсь на основании: несовершеннолетний ребенок, попечительство, в ГБУЗ РБ ГКБ №5
г. Уфа на все время обучения в Колледже ПАПОУ УКСИВТ с 2023 по 2026 год.
Пол: М/Ж. Гражданство: Российская Федерация
Паспорт: серия 8007 № 888034, выдан МВД по Республике Башкортостан
Адрес фактического проживания: г. Уфа, ул. Кирова 65/2 обш. ком. н.
Адрес регистрации (прописка): г. Уфа, ул. Давлеканова 2
Дата регистрации (прописка): 01.01.2008. Контактный телефон: 81917
Полис обяз. мед. страх.: 0262999 (на лицевой стороне полиса 16 цифр)

Наименование страховой медицинской организации: ООО "СМК Разпром"
ИНН 02 (12 цифр) СНИЛС: 216 880-000-00 (11 цифр)

Наименование и адрес медицинской организации (поликлиники), оказывающей медицинскую помощь, в которой
гражданин находится на обслуживании до момента подачи заявления: Детская поликлиника №2 Давлеканова

Дата заполнения: 25.08 2023 г. Подпись пациента: _____ /
Уч. врач: _____ Главный врач (зам. глав. врача.): _____ /

Информированное добровольное согласие на медицинские вмешательства

Я, Садрин Азам Аугарович, "01.01.07" г. рожд.
(Ф.И.О. полностью)
проживающий по адресу: г. Уфа, ул. Давлеканова 2 дом. ...

даю информированное добровольное согласие на проведение следующих видов медицинских вмешательств: Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза; Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщины), ректальное исследование; Антропометрические исследования; Термометрия; Тонометрия; Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций; Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций; Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы); Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические; Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, реоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных); Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования; Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикочно; Медицинский массаж; Лечебная физкультура, для получения первичной медико-санитарной помощи в ГБУЗ РБ ГКБ №5 г. Уфа.

Мне, в доступной для меня форме, разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов выше перечисленных медицинских вмешательств, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных ч. 9 ст. 20 ФЗ от 21.11.2011г. №323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ".

Я поставил(а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических веществ. Я извещен(а) о необходимости соблюдения режима в ходе лечения, регулярно принимать назначенные препараты, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых непрописанных препаратов. Я извещен(а), что несоблюдение рекомендаций врача, режима приема препарата, бесконтрольное самолечение могут осложнить лечение и отрицательно сказаться на состоянии здоровья. Я имел(а) возможность задать любые интересующие вопросы касательно заболевания и лечения, получил(а) на них удовлетворительные ответы. С предложенным планом лечения согласен(а).

Дата: 25.08 2023 г. Подпись гражданина или законного представителя гражданина: _____ /
Медицинский работник: _____ /