**Информированное добровольное согласие**

**законного представителя на проведение профилактического медицинского осмотра с химико-токсикологическим исследованием биологической жидкости (мочи) на предмет незаконного употребления наркотических средств и психотропных веществ**

Я, нижеподписавшийся (шаяся) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(фамилия, имя, отчество законного представителя)*

паспорт: серия\_\_\_\_\_\_\_№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_выдан:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Ф.И.О. гражданина до 15 лет - полностью, год рождения*

учащегося \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_класса МБОУ СОШ №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

и настоящим подтверждаю, что в соответствии со статьей 31 «Право граждан на информацию о состоянии здоровья» Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 года № 5487-1, в соответствии с моей волей, в доступной для меня форме, проинформирован (а) о предстоящем профилактическом медицинском осмотре в отношении моего несовершеннолетнего ребенка с химико-токсикологическим исследованием биологической жидкости (мочи) на предмет незаконного употребления наркотических средств и психотропных веществ, его целях и формах.

Получив полные и всесторонние разъяснения, включая исчерпывающие ответы на заданные мной вопросы, подтверждаю, что мне понятны используемые термины, суть предстоящей процедуры, и добровольно, в соответствии со ст.32 «Согласие на медицинское вмешательство» Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 года № 5487-1 даю свое согласие на проведение профилактического медицинского осмотра с химико-токсикологическим исследованием биологической жидкости (мочи) на предмет незаконного употребления наркотических средств и психотропных веществ методом химико-токсикологических исследований в отношении моего несовершеннолетнего ребенка\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Я удостоверяю, что текст моего информированного добровольного согласия на проведение профилактического медицинского осмотра в отношении моего несовершеннолетнего ребенка с химико-токсикологическим исследованием биологической жидкости (мочи) на предмет незаконного употребления наркотических средств и психотропных веществ мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют.

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

*(подпись) (расшифровка подписи)*

Настоящий документ оформлен мной:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(ответственный специалист – ФИО, должность)*

**Информированное добровольное согласие**

учащегося на проведение профилактического медицинского осмотра с химико-токсикологическим исследованием биологической жидкости (мочи) на предмет незаконного употребления наркотических средств и психотропных веществ

Я, нижеподписавшийся (шаяся) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(фамилия, имя, отчество обучающегося или студента)*

настоящим подтверждаю, что в соответствии со статьей 31 «Право граждан на информацию о состоянии здоровья» Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 года № 5487-1, в соответствии с моей волей, в доступной для меня форме, проинформирован (а) о предстоящем профилактическом медицинском осмотре с химико-токсикологическим исследованием биологической жидкости (мочи) на предмет незаконного употребления наркотических средств и психотропных веществ, его целях и формах.

Получив полные и всесторонние разъяснения, включая исчерпывающие ответы на заданные мной вопросы, подтверждаю, что мне понятны используемые термины, суть предстоящей процедуры, и добровольно, в соответствии со ст.32 «Согласие на медицинское вмешательство» Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 года № 5487-1 даю свое согласие на проведение мне \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

профилактического медицинского осмотра с химико-токсикологическим исследованием биологической жидкости (мочи) на предмет незаконного употребления наркотических средств и психотропных веществ методом химико-токсикологических исследований.

Я удостоверяю, что текст моего информированного добровольного согласия на проведение профилактического медицинского осмотра с химико-токсикологическим исследованием биологической жидкости (мочи) на предмет незаконного употребления наркотических средств и психотропных веществ мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют.

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

*(подпись) (расшифровка подписи)*

Настоящий документ оформлен мной:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(ответственный специалист – ФИО, должность)*