

**Информированное добровольное согласие
на прохождение диспансерного (профилактического) осмотра
в ГБУЗ АО «Архангельская городская детская поликлиника»**

Я, _____
(фамилия, имя, отчество)

являясь законным представителем пациента _____
(фамилия, имя, отчество)

(реквизиты документа, подтверждающего право представлять интересы)
(нужное подчеркнуть) даю согласие (не согласие) на проведение профилактического обследования (клинический анализ крови, клинический анализ мочи, исследование уровня глюкозы крови, аудиологический скрининг, соскоб на энтеробиоз, кал на я/глист, флюорография, ЭКГ, УЗИ сердца, почек, печени, желчного пузыря, щитовидной железы, органов репродуктивной сферы, тазобедренных суставов, нейросонографии) и осмотр врачами-специалистами:

- педиатр
- детский хирург
- ортопед-травматолог
- лор
- окулист
- невролог
- гинеколог
- детский уролог-андролог
- детский эндокринолог
- дерматовенеролог
- психиатр
- стоматолог

Мне разъяснена и понятна суть необходимости проведения профилактического осмотра для раннего выявления и диагностики заболеваний.

Законный представитель _____

Подросток « ____ » _____ 20 ____ год.

Врач _____
(должность, И.О. Фамилия)

« ____ » _____ 20 ____ год.