**Информированное добровольное согласие**

**на выполнение медицинской манипуляции в Ленинградском областном государственном бюджетном учреждении**

**«Тихвинский комплексный центр социального обслуживания населения**»

(ЦЕНТР «ТРЕДИ»)

**Я,**

(Ф.И.О., родителя или законного представителя ребенка)

доверяю выполнять моему ребенку

(Ф.И.О., дата рождения ребенка)

медицинские манипуляции, медикаментозное лечение, инъекции, физиотерапевтическое лечение, осмотр специалистами (невролог, ортопед, педиатр), проведение аэроионотерапии, фитотерапии, витаминотерапии, а также реабилитационные процедуры (водные процедуры, ЛФК, массаж, закаливание, механотерапия).

Мне разъяснены: состояние здоровья моего ребенка, характер необходимых ему лечебных мероприятий, их содержание, возможные последствия. На все мои вопросы о состоянии здоровья моего ребенка лечащим врачом мне даны исчерпывающие ответы.

Я оставляю за собой право отказаться от медицинских манипуляций или требовать прекращения реабилитационных мероприятий. Моё согласие на медицинское вмешательство является добровольным и информированным. Рекомендуемые моему ребенку медикаменты, средства ухода и предметы ортопедической коррекции я приобретаю добровольно.

Содержание настоящего документа мною прочитано, мне понятно, что я удостоверяю своей подписью.

**Основание:** «Федеральный закон Российской Федерации от 21.11.11г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» ст.№20.

 « » 201 г. / /

 (подпись родителя, Ф.И.О.)