В СОГБОУ «Вяземская школа-интернат №1

для обучающихся с ограниченными

возможностями здоровья»

 руководителю ТПМПК Кузнецовой Т. Е.

**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство**

Я, ,

(ФИО полностью в именительном падеже по документу удостоверяющему личность, дата рождения)

паспорт серия № , выданный

 ,

(кем выдан, дата выдачи)

на основании **Закона РФ от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 03.07.2016) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" и Приказа Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 23 апреля 2012 г. N 390н (ред. 27.05.2012) "Об утверждении Перечня определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи"** даю добровольное согласие на медицинское вмешательство в рамках комплексного психолого-медико-педагогического обследования на психолого-медико-педагогической комиссии (в виде опроса, неинвазивного обследования, консультативной помощи).

 Я осведомлен(а), что данные медицинского освидетельствования и заключение о состоянии здоровья оформляются в Карте ребенка, прошедшего обследование, которая хранится в СОГБОУ «Вяземская школа-интернат №1 для обучающихся с ОВЗ». Сведения о состоянии психического здоровья, фактах обращения за психиатрической помощью являются врачебной тайной.

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

*подпись заявителя расшифровка*

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

*подпись врача расшифровка*

В СОГБОУ «Вяземская школа-интернат №1

для обучающихся с ограниченными

возможностями здоровья»

 руководителю ТПМПК Кузнецовой Т. Е.

**Информированное добровольное согласие на психиатрическое освидетельствование**

Я, ,

(ФИО полностью в именительном падеже по документу удостоверяющему личность, дата рождения)

паспорт серия № , выданный

 ,

(кем выдан, дата выдачи)

на основании **Закона РФ от 02.07.1992 N 3185-1 (ред. от 03.07.2016) "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании"** даю добровольное согласие на психиатрическое обследование в рамках комплексного психолого-медико-педагогического обследования на психолого-медико-педагогической комиссии (в виде психиатрического освидетельствования и оказания консультативной помощи).

 Я осведомлен(а), что данные медицинского освидетельствования и заключение о состоянии здоровья оформляются в Карте ребенка, прошедшего обследование, которая хранится в СОГБОУ «Вяземская школа-интернат №1 для обучающихся с ОВЗ». Сведения о состоянии психического здоровья, фактах обращения за психиатрической помощью являются врачебной тайной.

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

*подпись заявителя расшифровка*

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

*подпись врача расшифровка*