

**Согласие родителей (законных представителей)  
на проведение психологического тестирования**

Я, \_\_\_\_\_  
(ФИО полностью родителя/законного представителя ребенка)

даю добровольное согласие на проведение единократного психологического тестирования педагогом-психологом АУ «Югорский колледж-интернат олимпийского резерва» моего ребёнка

\_\_\_\_\_  
(ФИО полностью ребенка, дата рождения)

Мне объяснили цель тестирования, применяемые диагностические методики и порядок проведения тестирования, к чему я не имею возражений.

До меня доведены предоставляемые моему ребёнку в ходе тестирования **права:**

- 1) психологическое тестирование будет проводиться только после выражения родителем/законным представителем письменного согласия на его проведение;
- 2) мне разъяснено, что результаты психологического тестирования носят конфиденциальный характер, не подлежат разглашению и будут доступны только психологу АУ «Югорский колледж-интернат олимпийского резерва»;
- 3) в процессе проведения психологического тестирования ребенок имеет право отказаться отвечать на тот или иной вопрос или вообще отказаться от дальнейшего участия в данной процедуре;
- 4) перед началом психологического тестирования мой ребенок будет ознакомлен с диагностической методикой и порядком проведения тестирования.

Родители/законные представители вправе ознакомиться с результатами психологического тестирования у психолога АУ «Югорский колледж-интернат олимпийского резерва».

Дата заполнения « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Ф.И.О. \_\_\_\_\_  
(полностью)

Подпись \_\_\_\_\_

**ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ**  
**поступающего**

Я, \_\_\_\_\_  
(ФИО полностью)

Дата рождения \_\_\_\_\_

даю добровольное согласие на проведение единоразового психологического тестирования направленного на выявление адаптивного потенциала спортсмена, обуславливающего его возможности в преодолении трудных ситуаций.

Я получил(а) объяснения о цели тестирования, о его длительности, а также информацию о возможных результатах тестирования.

Мне была предоставлена возможность задавать вопросы, касающиеся тестирования. Я полностью удовлетворен(а) полученными сведениями.

Я согласен(а) выполнять инструкции, полученные от уполномоченного лица, проводящего тестирование.

Дата: «.....» ..... 20... г.

Подпись \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(расшифровка)

**ДОВЕРЕННОСТЬ**  
**на представление интересов несовершеннолетнего лица**  
**при оказании медицинских услуг**

Дата выдачи: « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г.

Я, гр. \_\_\_\_\_  
(ФИО полностью)

Паспорт серии \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, выданный \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, проживающий (ая) по адресу \_\_\_\_\_

Действую за своего несовершеннолетнего ребенка \_\_\_\_\_  
(ФИО полностью), \_\_\_\_\_ дата рождения

Настоящей доверенностью уполномочиваю гр. \_\_\_\_\_  
(ФИО полностью)

Паспорт серии \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, выданный \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, проживающего (ую) по адресу \_\_\_\_\_

представлять интересы моего несовершеннолетнего ребенка по всем вопросам, связанным с получением медицинских услуг в АУ «Югорский колледж-интернат олимпийского резерва», в том числе нести ответственность за действия ребенка, представлять полную информацию, касающуюся здоровья ребенка (аллергические реакции, индивидуальные особенности организма, хронические заболевания, иные сведения, имеющие значение для медицинского обследования и лечения, подписывать анкеты о состоянии здоровья, информированные добровольные согласия, добровольный отказ от медицинских исследований и лечения, иные юридические и медицинские документы, выполнять иные действия и формальности, связанные с осуществлением полномочий по настоящей Доверенности.

Доверенность выдана на \_\_\_\_\_ без права передоверия.  
(срок действия)

Подпись родителя \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(расшифровка)

**Информированное добровольное согласие на оказание медицинских услуг  
в АУ «Югорский колледж-интернат олимпийского резерва»**

Я,

---

(Ф.И.О., и дата рождения гражданина или законного представителя)  
являясь законным представителем несовершеннолетнего (Ф.И.О., и дата рождения) \_\_\_\_\_

---

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н, для получения первичной медико-санитарной помощи / получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в АУ «Югорский колледж-интернат олимпийского резерва».

Мне в доступной 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 медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

**Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые дается информированное добровольное согласие:** опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза; осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия; антропометрические исследования; термометрия; тонометрия; не инвазивные исследования органа зрения и зрительных функций; не инвазивные исследования органа слуха и слуховых функций; исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы); лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, иммунологические; функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, электроэнцефалография, спирография; 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 внутримышечное, внутривенное, подкожное, внутрикожное; физиотерапевтические методы лечения; медицинский массаж; лечебная физкультура.

---

(подпись)

---

(Ф.И.О., гражданина или законного представителя гражданина)

---

(подпись)

---

(Ф.И.О. медицинского работника)

" \_\_\_ " \_\_\_\_\_ г.  
(дата оформления)

**Отказ от медицинского вмешательства**

Я,

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
*(Ф.И.О., и дата рождения гражданина или законного представителя)*  
являясь законным представителем несовершеннолетнего

\_\_\_\_\_  
*(Ф.И.О., и дата рождения несовершеннолетнего)*  
при оказании мне (представляемому лицу) первичной медико-санитарной помощи в АУ «Югорский колледж-интернат олимпийского резерва» отказываюсь от следующих видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 23 апреля 2012 г. №390н:

\_\_\_\_\_  
*(наименование вида (видов) медицинского вмешательства)*  
Медицинским \_\_\_\_\_ работником

\_\_\_\_\_  
*(должность, Ф.И.О. медицинского работника)*  
в доступной для меня форме мне разъяснены возможные последствия отказа от вышеуказанных видов медицинских вмешательств, в том числе вероятность развития осложнений \_\_\_\_\_ заболевания (состояния) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*(указываются возможные последствия отказа от вышеуказанного (вышеуказанных) вида (видов) медицинского вмешательства, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния))*

Мне разъяснено, что при возникновении необходимости в осуществлении одного или нескольких видов медицинских вмешательств, в отношении которых оформлен настоящий отказ, я имею право оформить информированное добровольное согласие на такой (такие) вид (виды) медицинского вмешательства.

\_\_\_\_\_  
*(подпись) (Ф.И.О., гражданина или законного представителя гражданина)*

\_\_\_\_\_  
*(подпись) (Ф.И.О. медицинского работника)*

" \_\_\_ " \_\_\_\_\_ Г.  
*(дата оформления)*