

Внимание!!!

Заполняется от руки, на выданном Вам при получении возвратного талона бланке!!!

**ФКУЗ «МСЧ МВД России по г. Москве»
Центр реабилитации «Бугорок»**

Медицинская карта

Фамилия	<i>Иванов</i>
Имя	<i>Иван</i>
Отчество	<i>Иванович</i>
Возраст, дата рождения	<i>11 лет 06.05.2011г.</i>
Адрес	<i>г. Москва, ул. Суздальская, д. 22, к.1, кв. 52.</i>
Рост	<i>165</i>
Вес	<i>43</i>
Аллергические реакции на пищу, лекарственные средства, бытовые аллергены (указать известные)	<i>На цитрусовые</i>
Пожелания родителей	<i>В случае аллергической реакции использовать «Лоратадин»</i>

Свидетельство о рождении (паспорт)	<i>VI – МЮ № 572105 выдано: 15.06.2011г. Царицынский отдел ЗАГС г. Москвы</i>
--	---

Страховой медицинский полис	<i>5094475776001530</i>
-----------------------------------	-------------------------

АНАМНЕЗ

1. Находится под наблюдением поликлиники с
диагнозами: *Аденоиды*
2. Родился доношенным, с родовой травмой, асфиксией, резус конфликтом (подчеркнуть)
3. Рос и развивался в соответствии с возрастом – да/нет.
4. Отставал в развитии движения, речи интеллекта – да/нет
5. Перенес: скарлатину, корь, коклюш, болезнь Боткина, краснуху, ветряную оспу, паротит
(подчеркнуть) и др. инфекционные заболевания (написать):

6. Перенес пневмонию, ангину 1, 2 и более раз– да/нет; последний раз _____ (указать дату)
7. Частые острые респираторные заболевания, грипп (4 и более раз в год) – да/нет.
Последний раз *01.02.2022г.*
8. Перенес операции (когда, какие) *удаление аппендикса*
9. Перенесенные травмы и их последствия (когда, какие) *ушиб колена март 2018г.*
10. В течение двух последних лет находился в стационаре (когда, с каким диагнозом) _____
11. Состоит на диспансерном учете у офтальмолога, ЛОР, хирурга, ортопеда, психоневролога,
кардиолога, ревматолога, эндокринолога, хирурга, уролога, иного врача-специалиста (какого) с
диагнозом: _____
12. Занимается спортом в спортшколе, секции (указать вид спорта) *футбол*
13. Вредные привычки *нет*

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

Я, (мать) **Иванова Анна Николаевна**,
(Ф. И. О. гражданина)

«25»01.1981г. рождения, зарегистрирован по адресу: г. Москва, ул. Суздальская, д. 22, к.1, кв. 52.

Я, (отец) **Иванов Иван Сергеевич**,
(Ф. И. О. гражданина)

«22»07.1980г. рождения, зарегистрирован по адресу: г. Москва, ул. Суздальская, д. 22, к.1, кв. 52.

Я, (опекун, ребенок 15 лет и старше) _____,
(Ф. И. О. гражданина)

« ____ » _____ г. рождения, зарегистрирован по адресу: _____

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. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее — Перечень), а также на осмотр врачей-специалистов, на физиотерапевтические процедуры (электро-, свето-, магнито-, водо-, тепло-, аэроионо-, кислородо-, аромафито-, аэрозоль-, климатотерапию), на наложение повязок различного рода в Центре реабилитации «Бугорок» ФКУЗ «МСЧ МВД России по г. Москве» несовершеннолетнему

Иванову Ивану Ивановичу, _____,

законным представителем которого я являюсь, медицинскими работниками Центра реабилитации «Бугорок» ФКУЗ «МСЧ МВД России по г. Москве» в период пребывания в детском оздоровительном лагере.

Необходимость других методов обследования и лечения будет мне разъяснена дополнительно.

Медицинским работником _____
(должность, Ф. И. О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне 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. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Даю согласие на осмотр работниками скорой медицинской помощи в случае состояний требующих неотложной и экстренной медицинской помощи, а также на медицинскую эвакуацию и транспортировку в иные медицинские организации для оказания специализированной медицинской помощи с учетом клинических показаний и лечебно-диагностических возможностей, в т.ч. при травмах и несчастных случаях.

(Ф. И. О. гражданина)

Иванова А.Н.

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

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

(подпись, Ф. И. О. медицинского работника)

« 04 » 08.2022г.

(дата оформления)