

## Доверенность

г. Нижний Новгород

\_\_\_\_\_ (число, месяц, год - прописью)

Я, гр. \_\_\_\_\_ (Ф.И.О. законного представителя полностью, дата рождения)

паспорт \_\_\_\_\_, выданный \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, проживающий(ая) по адресу:

\_\_\_\_\_ (почтовый индекс и адрес полностью)

действуя за моего несовершеннолетнего ребенка

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. ребенка полностью, дата рождения)

настоящей доверенностью уполномочиваю гр.

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. полностью, дата рождения, степень родства)

паспорт \_\_\_\_\_, выданный \_\_\_\_\_, проживающий (ая) по адресу:

\_\_\_\_\_ (почтовый индекс и адрес полностью)

представлять интересы моего несовершеннолетнего ребенка по всем вопросам, связанным с медицинским вмешательством в ООО "Нижегородское отделение Клиники "Садко" и его филиалах по всем адресам осуществления медицинской деятельности, для чего доверяю: заключать договор на оказание платных медицинских услуг, оплачивать оказанные моему несовершеннолетнему ребенку медицинские услуги, удостоверять своей подписью и давать письменные согласия на медицинские манипуляции (медицинские вмешательства), выполняемые несовершеннолетнему ребенку, и письменные отказы от проведения медицинских вмешательств в отношении моего несовершеннолетнего ребенка, представлять полную информацию, касающуюся здоровья ребенка (аллергические реакции, индивидуальные особенности организма, хронические патологии, иные сведения, имеющие значение для правильного лечения), подписывать все необходимые документы, заявления, согласия, представлять интересы моего несовершеннолетнего ребенка по всем вопросам, связанным с медицинским вмешательством, а также совершать иные законные действия и формальности, связанные с выполнением поручения.

**Доверенность выдана сроком на 1 (один) год без права передоверия.**

Действующий (ая) за своего ребенка:

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. ребенка полностью)

Подпись родителя \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(Ф.И.О. полностью) (подпись)

\_\_\_\_\_ личность представляемого

(число, месяц, год - прописью)

(законного представителя несовершеннолетнего ребенка) удостоверена мной, администратором

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. полностью)

действующей на основании доверенности № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_.

Подпись администратора (ФИО и подпись) \_\_\_\_\_

**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, \_\_\_\_\_, «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ г.  
рождения

(Ф.И.О. гражданина)

зарегистрированный \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_ адресу:

\_\_\_\_\_

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

**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 23.04.2012 г. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 05.05.2012 г. № 24082) (далее - Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи /получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в

Общество с ограниченной ответственностью «Нижегородское отделение Клиники «Садко» (ИНН 5260159627, ОГРН 1055238180678, юр. адрес 603006, Нижегородская область, г. Нижний Новгород, ул. Варварская, д. 8/22, пом. П12, П13)

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 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446).

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть).

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

\_\_\_\_\_ (подпись)

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

\_\_\_\_\_ (подпись)

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

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
(дата оформления)

**Перечень**

**определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи**

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование.
3. Антропометрические исследования.
4. Термометрия.
5. Тонометрия.
6. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций.
7. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций.
8. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).
9. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические.
10. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, реоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиоотография (для беременных).
11. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования.
12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикочно.
13. Медицинский массаж.
14. Лечебная физкультура.

*Любое медицинское вмешательство, имеющее профилактическую, диагностическую или лечебную цель, допустимо только после получения врачом осознанного, добровольного согласия пациента.*

### **Информированное добровольное согласие на стоматологическое лечение**

Этот документ свидетельствует о том, что мне сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении и что я согласен (согласна) с названными мне условиями проведения медицинских стоматологических вмешательств

Я, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ года рождения,  
(фамилия, имя, отчество - полностью)

проживающий(-ая) по адресу: \_\_\_\_\_

**Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:**

Я, \_\_\_\_\_ паспорт: \_\_\_\_\_,

выдан:

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка:

(Ф.И.О. ребенка полностью, год рождения)

1. Даю информированное добровольное согласие на проведение мне (представляемому) следующих видов медицинских вмешательств: опрос, анкетирование; сбор анамнеза и жалоб; осмотр, консультация; медицинская помощь по стоматологии; пункция тканей полости рта; отсасывание слизи из ротоглотки; наложение повязки в полости рта; медицинские вмешательства, направленные на профилактику кариеса: все виды профессиональной гигиены полости рта, удаление наддесневых и поддесневых зубных отложений; местное применение реминерализующих препаратов в области зубов; фторирование, в том числе глубокое фторирование эмали зубов, герметизации фиссур; наложение девитализирующей пасты; профессиональное отбеливание полости рта; медицинские услуги по стоматологии терапевтической: лечение кариеса, его осложнений в молочном и постоянном прикусе; все виды восстановления зубов пломбой; наложение временной пломбы; восстановление зубов вкладками, винирами, полукоронкой; все виды пломбирования корневых каналов зубов; закрытие перфорации стенки корневого канала зуба; пульпотомия; экстрипация пульпы; восстановление зубов пломбировочным материалом с использованием анкерных штифтов; снятие временной пломбы; удаление внутриканального штифта, вкладки; медицинские услуги по стоматологии хирургической: удаление зубов; периостотомия; пластики уздечек; резекция верхушки корня; вскрытие подслизистого или поднадкостничного очага воспаления в полости рта; вскрытие и дренирование абсцесса полости рта; кюретаж лунки удаленного зуба; операция удаления ретинированного, дистопированного или сверхкомплектного зуба; пришлифовывание твердых тканей зубов; полирование зубов; гингивэктомия; лоскутная операция в полости рта; медицинские услуги по стоматологии ортодонтической: установка и снятие ортодонтического аппарата; временное шинирование при заболеваниях пародонта; коррекция прикуса; медицинские услуги по стоматологии ортопедической; восстановление зуба коронкой; пластика альвеолярного отростка; аппликация лекарственного препарата на слизистую оболочку полости рта; введение лекарственных препаратов по назначению врача (в том числе применение местной анестезии).

1.1. Я также осознаю и согласен(на) с тем, что данные виды стоматологической медицинской помощи могут проводиться как под местной анестезией, так и с применением анестезиологического пособия, в том числе комбинированного ингаляционного наркоза (в том числе с применением ксенона).

2. Я информирован (а) о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, осложнениях и возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи, а также о том, что предстоит мне (представляемому) делать во время их проведения. Я понимаю и обязуюсь сообщать медицинскому работнику о любом ухудшении самочувствия моего (представляемого лица).

3. Мне разъяснены лечащим врачом все варианты медицинских вмешательств, требующихся мне (моему ребенку) на момент составления плана лечения.

4. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, указанных выше. Я понимаю, что в случае отказа от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, указанных выше, лечение будет проведено не в полном объеме, что может быть недостаточным для постановки правильного диагноза и проведения лечения в полном объеме.

5. Я ознакомлен (а) с распорядком и правилами лечебно-охранительного режима, установленного в Клинике, и обязуюсь их соблюдать.

6. Я поставил (а) в известность врача обо всех проблемах, связанных с моим здоровьем (здоровьем представляемого), в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов (в том числе антибиотики, противовоспалительные средства и местные анестетики), об аллергических реакциях на пищу, укусы насекомых, пыль, обо всех перенесенных мной (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, в том числе о болезнях крови, реакциях десны и кожи, кровотечениях или иных состояниях, о вредных для здоровья привычках, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах (в том числе принимаемых в течение последних трех месяцев и принимаемых постоянно). Я сообщил(-а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств. Я сообщил(а) сведения о наличии у меня (представляемого) сопутствующих и перенесенных заболеваний, а также ранее проводимых стоматологических вмешательствах.

**Дата, ФИО, подпись, расшифровка пациента/законного представителя**

7. Я информирован (а) о предполагаемом плане лечения, существующих утвержденных методиках лечения, используемых лекарственных препаратах, материалах; мною заданы все вопросы, необходимые для полного понимания сути и способов лечения, и получены на них исчерпывающие ответы.

8. Я осведомлен (а), что в процессе медицинского вмешательства может возникнуть необходимость изменения назначенного первоначально лечения из-за возникшей клинической необходимости, а также необходимость назначения дополнительных исследований и процедур, которые будет необходимо пройти мне (представляемому) в процессе лечения. Все указанные изменения и дополнения будут назначаться лечащим врачом мне (представляемому) заблаговременно и разъясняться.

8.1. Я понимаю, что в силу объективных причин, в зависимости от клинической ситуации отдельные этапы лечения могут быть неэффективными и для завершения лечения и достижения положительного результата может потребоваться изменение плана лечения, включая проведение повторных медицинских вмешательств, что приведет к изменению стоимости лечения.

8.2. Мне разъяснены все риски, связанные с проведением стоматологического лечения, возможные альтернативные варианты лечения, возможные негативные последствия в случае полного или частичного отказа от рекомендованного плана лечения, а именно:

прогрессирование заболевания; развитие инфекционных осложнений; появление либо нарастание болевых ощущений; образование кисты; потеря зуба; некоторые нарушения общего состояния организма, в т.ч. требующие госпитализации в стационар.

9. Я знаю, что не существует абсолютно безопасных медицинских вмешательств и любое медицинское воздействие на человека вызывает реакции организма, которые иногда могут быть непредсказуемыми. Я понимаю, что медицинские специалисты примут все возможные меры по предупреждению осложнений.

9.1. Возможные осложнения под влиянием анестезии, а именно: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте вкола, снижение внимания, аллергические реакции, нарушение чувствительности (парестезия, неврит), тризм (спазм) мышц; накусывание ребенком мягких тканей губ и щек.

9.2. Возможные последствия приема анальгетиков, нестероидных противовоспалительных препаратов, антибиотиков, а именно: аллергические реакции, изменения витаминного, иммунологического балансов, нарушение состава кишечной микрофлоры, иные индивидуальные реакции и осложнения, указанные в инструкции по применению назначенного препарата..

9.3. Возможные риски и осложнения в процессе и после терапевтического лечения молочных и постоянных зубов, а именно: безуспешность лечения корневых каналов по причине индивидуальных особенностей организма и, как следствие, необходимость повторного вмешательства; невозможность выполнить повторное эндодонтическое лечение по причине непроходимости корневых каналов; проведение хирургического вмешательства в районе тканей, окружающих зуб, или даже удаление зуба; поломка инструмента (файла) внутри корневого канала и невозможность его извлечения; наличие (появление) трещины или перелома корня как в ранее леченых так и не леченых корнях зуба; при пломбировании каналов в зубе возможен выход пломбировочного материала за верхушку корня, что связано с использованием для лучшего уплотнения высокотекучих материалов (выход материала в костную ткань не несет негативных последствий. Если выход материала произошел у зубов, чьи корни располагаются вблизи с верхнечелюстной пазухи (нижнечелюстного канала) необходимо провести дополнительное обследование - компьютерную томографию для точного определения положения выведенного материала относительно верхнечелюстной пазухи (нижнечелюстного канала). В случае расположения материала в непосредственной близости или внутри верхнечелюстной пазухи (нижнечелюстного канала) по ситуации либо проводится наблюдение или рекомендуется соответствующая хирургическая операция).

9.4. Возможные осложнения во время и после проведения хирургического вмешательства: кровотечение, повреждение смежных зубов, вывих или переломы челюсти, нарушение целостности верхнечелюстной пазухи (с проталкиванием фрагментов зубов), попадание фрагментов зубов и костной ткани в дыхательные пути, сохранение части корня в челюсти, чтобы не проводить обширную операцию. После проведения операции, анестезии, приема лекарств возможно возникновение дискомфорта в области удаленного зуба, продолжающееся до нескольких дней, кратковременные онемение языка, губ, подбородка, зубов, ограничение открывания рта, отек десны в области лечения, аллергические реакции и другие осложнения.

9.5. Я понимаю, что в некоторых случаях потребуются лечение лекарственными препаратами, назначаемыми лечащим врачом, физиотерапевтические процедуры. Я предупрежден(а) о возможной госпитализации моей (представляемого) в стационар в случае возникновения осложнений и состояний, требующих круглосуточного наблюдения или специализированных методов оказания медицинской помощи.

10. Мне названы и со мной согласованы технологии (методы), материалы и лекарственные препараты, которые будут использованы в процессе лечения. Мне сообщено и понятно, что могут понадобиться обследования и консультации у врача(ей) общего медицинского профиля. Такие рекомендации даст лечащий врач.

10.1. Понимаю сущность предложенного лечения и сложность биологического организма человека, я согласен(на), что ожидаемый результат может отличаться от полученного в результате вмешательства. В связи с этим я понимаю, что возможны случаи неблагоприятного исхода лечения. При неблагоприятном исходе лечения, явившемся следствием индивидуальной реакции организма на проведенное вмешательство и не связанном с нарушением Клиникой общепринятых правил и методик оказания соответствующих услуг, Клиника за такие осложнения ответственности не несет.

10.2. Я знаю, что строгое соблюдение назначений и рекомендаций лечащего врача является необходимым условием для успешного результата, поэтому я беру на себя обязательство соблюдать (контролировать выполнение ребенком) все требования врача. И я признаю, что несу ответственность за результаты медицинского лечения в случае отклонений от предписаний лечащего врача.

11. Я даю согласие на проведение фото- и видеосъемки при условии сохранения врачебной тайны и защиты персональных данных.

12. Я согласен(а) и разрешаю медицинскому работнику, в случае необходимости, опубликовать информацию о моем лечении (лечении лица, законным представителем которого я являюсь) в научных и образовательных целях, в сопровождении иллюстраций и описательных текстов, при условии сохранения врачебной тайны и защиты персональных данных.

13. Я доверяю персоналу Клиники проведение медицинских вмешательств, указанных в п.1 настоящего согласия.

14. Мне сообщено, что проведение ряда медицинских манипуляций по купированию острой боли могут проводиться с анестезиологическим сопровождением, в том числе и под наркозом.

14.1. Я проинформирован(а) о возможных последствиях после наркоза и седации (медикаментозного сна), а именно: слабость, головокружение, кожная сыпь, сухость во рту, изменение артериального давления, тошнота, рвота, в некоторых случаях возбудимость, нарушение сна, и иные побочные эффекты, возможные при (и после) применения наркоза, а также предупрежден(а) о возможных индивидуальных реакциях на препараты для наркоза.

Настоящим я даю согласие на применение мне (представляемому) седации (наркоза) для проведения лечения

/ « » г.

**Я ознакомлен (а) и согласен (а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на обследование и лечение в предложенном объеме.**

**Я проинформирован(а) о возможности и условиях получения бесплатной медицинской помощи в рамках Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, своей подписью я даю свое согласие на получение медицинских услуг на платной основе в данной медицинской организации, готов(а) и обязуюсь их оплатить.**

**Я имел (а) возможность задать любые интересующие меня вопросы касательно моего состояния здоровья (состояния здоровья представляемого), заболевания и лечения, и получил(а) на них удовлетворительные ответы.**

**Я, медицинский работник, свидетельствую, что разъяснил суть, ход выполнения, риск и альтернативу проведения лечения, дал ответы на все вопросы. Подпись удостоверяю.**

ФИО пациента/законного представителя	Подпись	Дата	ФИО, должность, подпись медицинского работника

**Расписка**  
**об информации о выезде за пределы Российской Федерации или контакте с больными**  
**подозрительными на COVID-19**

Я \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ года рождения,  
(фамилия, имя, отчество - полностью)

проживающий(ая) по адресу:

домашний телефон \_\_\_\_\_, мобильный телефон \_\_\_\_\_

*Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:*

Я, \_\_\_\_\_,  
паспорт: \_\_\_\_\_, выдан: \_\_\_\_\_

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка:

(Ф.И.О. ребенка полностью, год рождения)

настоящей распиской информирую:

1. За последние 14 дней я и/или мой ребенок **не выезжал(а) / выезжал(а)** за пределы Российской Федерации Наименование страны<sup>1</sup> \_\_\_\_\_.  
Дата возврата в Россию \_\_\_\_\_.
2. За последние 14 дней я и/или мой ребенок **не выезжал(а) / выезжал(а)** за пределы Нижегородской области.  
Дата возврата в Нижегородскую область (г.Нижний Новгород) \_\_\_\_\_.
3. За последние 14 дней я и/или мой ребенок **не находился(лась) / находился(лась)** в г.Москва.  
Дата возврата в Нижегородскую область (г.Нижний Новгород) \_\_\_\_\_.
4. За последние 14 дней я и/или мой ребенок **не находился(лась) / находился(лась)** в г.Санкт-Петербург. Дата возврата в Нижегородскую область (г.Нижний Новгород) \_\_\_\_\_.
5. За последние 14 дней я и/или мой ребенок **не контактировал / контактировал** с лицами, вернувшимися из зарубежных стран. Наименование страны<sup>1</sup> \_\_\_\_\_.  
Дата возврата в Россию контактного лица \_\_\_\_\_.
6. За последние 14 дней я и/или мой ребенок **не контактировал / контактировал** с лицами, у которых лабораторно (ПЦР) подтвержден диагноз COVID-19.
7. За последние 14 дней я и/или мой ребенок **не контактировал / контактировал** с лицами, у которых были признаки ОРВИ и (или) пневмонии.

Настоящей распиской я подтверждаю, что проинформирован(а), что коронавирус- COVID-19 внесен в перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих (Постановление Правительства РФ от 31 января 2020 года № 66). Мне разъяснено и понятно, что в соответствии с Российским законодательством за распространение болезней из этого списка предусмотрена ответственность, в том числе уголовная ст. 236, ст. 237 УК РФ.

Мне разъяснены и понятны меры предосторожности от заражения коронавирусом 2019-nCoV.

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2020 г. \_\_\_\_\_  
(подпись) (расшифровка)

<sup>1</sup>Саудовская Аравия, ОАЭ, Китай, Япония, Р.Корея, Вьетнам, Сингапур, Австралия, Малайзия, Камбоджа, Филиппины, Новая Зеландия, Таиланд, Непал, Шри-Ланка, Индия, Индонезия, Франция, Германия, Финляндия, Италия, Великобритания, Испания, Россия, Швеция, Бельгия, Израиль, Австрия, Хорватия, Швейцария, Северная Македония, Грузия, Норвегия, Дания, Эстония, Нидерланды, Сан-Марино, Греция, Румыния, Литва, Белоруссия, Азербайджан, Монако, Исландия, Люксембург, Армения, Ирландия, Чехия, Андорра, Португалия, Латвия, Украина, Лихтенштейн, Венгрия, Польша, Словения, Босния и Герцеговина, США, Канада, Бразилия, Мексика, Эквадор, Доминиканская Республика, Аргентина, Чили, ОАЭ, Египет, Иран, Ливан, Кувейт, Бахрейн, Оман, Афганистан, Ирак, Пакистан, Катар, Иордания, Тунис, Саудовская Аравия, Марокко, Палестина, Алжир, Нигерия, Сенегал, ЮАР

## АНКЕТА

Просим Вас максимально правдиво и точно ответить на вопросы анкеты.

Не спешите с ответами, внимательно прочтите и вспомните все обстоятельства по заданным в анкете вопросам.

**Помните, во время эпидемии от этого может зависеть чья-то жизнь!**

Вопрос анкеты	ДА	НЕТ
Больны ли Вы и/или Ваш ребенок новой коронавирусной инфекцией COVID-19?		
Болели ли Вы и/или Ваш ребенок ранее новой коронавирусной инфекцией COVID-19? Если болели, есть ли у Вас справка о выздоровлении?		
Находитесь ли Вы в данный момент на карантине?		
Имеются ли у Вас и/или Вашего ребенка сейчас признаки ОРВИ, или имелись в последние 14 дней: • повышение температуры, • «ломота» в мышцах, • резь в глазах, слезотечение, • сухой кашель, першение в горле, • потеря обоняния или вкуса		
Вы были в контакте с больным новой коронавирусной инфекцией COVID-19? Если да, то когда именно?		
Были ли Вы/Ваш ребенок в контакте с кем-то, у кого были какие-либо из вышеперечисленных симптомов? Если да, то когда?		
Были ли Вы/Ваш ребенок за последние 14 дней в регионах (странах), в которых зарегистрирована новая коронавирусная инфекция COVID-19?		
Контактировали ли Вы за последние 14 дней с лицами, вернувшимися из регионов (стран), в которых зарегистрирована новая коронавирусная инфекция COVID-19?		
Вы работаете в медицинском учреждении или социальном учреждении закрытого типа?		
Живете ли Вы в семье с кем-то, кому был поставлен диагноз новой коронавирусной инфекции COVID-19?		
Имеются ли у Вас заболевания почек, печени, легких, эндокринные заболевания (диабет), сердечно-сосудистые заболевания (гипертония), иммунологические нарушения, СПИД? Если да, то какие: _____		
Может ли кто-то кроме Вас сопровождать ребенка?		
Температура тела сопровождающего на момент обращения _____ Температура тела ребенка на момент обращения _____		

Я подтверждаю, что честно ответил на все вопросы эпидемиологической анкеты.

Настоящим я подтверждаю, что проинформирован(а), что коронавирус- COVID-19 внесен в перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих (Постановление Правительства РФ от 31 января 2020 года № 66). Мне разъяснено и понятно, что в соответствии с Российским законодательством за распространение болезней из этого списка предусмотрена ответственность, в том числе уголовная ст. 236, ст. 237 УК РФ.

Мне разъяснены и понятны меры предосторожности от заражения коронавирусом 2019-nCoV.

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2020 г. \_\_\_\_\_

(подпись) (расшифровка)