

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ на проведение профилактического  
медицинского осмотра по ранней диагностике незаконного потребления наркотических средств  
и психотропных веществ обучающимися**

Я, \_\_\_\_\_,  
(Ф.И.О. обучающегося старше 15 лет или Ф.И.О. родителя (законного представителя)  
обучающегося, не достигшего возраста  
15 лет)

проживающий по адресу: \_\_\_\_\_,  
(фактический адрес проживания обучающегося)

в соответствии с требованиями статьей 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» даю информированное добровольное согласие на проведение профилактического медицинского осмотра по ранней диагностике незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ, в том числе лабораторное (химико-токсикологическое) исследование мочи.

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. несовершеннолетнего, дата рождения)

Подтверждаю, что надлежащим образом проинформирован (а) о методике проведения профилактического медицинского осмотра по ранней диагностике незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ.

Мне лично были подробно разъяснены цели, характер, методы и объем планируемого профилактического осмотра, а также способы его проведения.

Я имел (а) лично возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получил (а) исчерпывающие ответы. Я удостоверяю, что текст информированного добровольного согласия мною прочитан полностью, мне понятно назначение настоящего документа, полученные разъяснения мне понятны и полностью удовлетворяют.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от проведения профилактического медицинского осмотра по ранней диагностике незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ.

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

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

«       » \_\_\_\_\_ 20\_\_ года  
(дата оформления)