

_____ (Ф.И.О. матери)

адрес: _____,
телефон: _____

_____ (Ф.И.О. отца)

адрес: _____,
телефон: _____

Информированное добровольное согласие родителя (законного представителя) на медицинское вмешательство в отношении несовершеннолетнего младше 15 лет.

Мы _____ года рождения,
_____ года рождения,

зарегистрированные по адресу _____
на основании Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» добровольно даю информированное согласие на оказание первичной медикосанитарной помощи моему ребенку _____

года рождения в МБДОУ на следующие виды медицинских вмешательств, утвержденные приказом Минздравсоцразвития России от 23.04.2012 № 309 н, а именно:

опрос (в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза); медицинский осмотр (пальпация), в том числе на педикулез, чесотку, микроспорию; термометрию; тонометрию;

В доступной форме нам разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений.

Мы поставлены в известность о том, что наш ребенок (лицо, чьим законным представителем я являюсь) при наличии у него медицинских показаний, требующих немедленного оказания специализированной помощи или представляющих угрозу жизни и здоровью окружающих, будет доставлен в ближайшую к месту проведения программы медицинскую организацию для уточнения состояния здоровья и (или) оказания специализированной медицинской помощи.

Нам разъяснено, что в случае направления ребенка (лица, чьим законным представителем я являюсь) в медицинскую организацию мы будем проинформированы об этом медицинским работником либо руководителем образовательной организации.

Мы ознакомлены и согласны со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены и понятны.

Настоящее согласие дано нами и действует до момента отчисления моего ребенка из МБДОУ.

Нам разъяснено, что при оформлении настоящего добровольного информационного согласия, а также перед осуществлением медицинского вмешательства, включенного в перечень видов медицинских вмешательств, мы имеем право отказаться от одного, нескольких или всех вышеуказанных видов медицинского вмешательства.

« ____ » _____ 2020 года

_____ (подпись матери)

_____ (Ф.И.О.)

_____ (подпись отца)

_____ (Ф.И.О.)