

**Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенных в
Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают
информированное добровольное согласие при поступлении в муниципальное бюджетное дошкольное
образовательное учреждение «Октябрьский детский сад «Светлячок» для получения первичной
медико-
санитарной помощи**

Я, _____
(Ф.И.О. одного из родителей (законного представителя))

« » _____ г. рождения, проживающий(ая) по адресу:

_____ (адрес проживания родителей (законных представителей) обучающегося)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Минздравсоцразвития России от 23 апреля 2012 г. № 390 н (зарегистрирован Минюстом России 5 мая 2012 г. № 24082) (далее - Перечень видов медицинских вмешательств), при оказании моему ребенку, чьим законным представителем я являюсь _____

_____ (Ф.И.О. ребенка, дата рождения)

проживающего по адресу:

_____ (адрес проживания ребенка)

первичной медико-санитарной помощи в муниципальном бюджетном дошкольном образовательном учреждении «Октябрьский детский сад «Светлячок»

(наименование организации, где будет оказываться первичная медико-санитарная помощь

медицинским работником медицинской сестрой ГБУЗ «Октябрьская районная больница» Коноваловой Н.Н.

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

В случае ее отсутствия педагогом, прошедшим обучение по программе «Первая помощь», и находящимся рядом с ребенком в момент, требуемый для оказания ему первой помощи до приезда бригады скорой медицинской помощи.

Опрос, в том числе выявление жалоб, термометрия, антропометрические исследования, тонометрия, осмотр (только пальпация), лечебная физкультура, оказание экстренной первой помощи

я ознакомлен с Перечнем видов медицинских вмешательств, в доступной для меня форме мне даны разъяснения о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что при оформлении настоящего добровольного информированного согласия, а также перед осуществлением медицинского вмешательства, включенного в Перечень видов медицинских вмешательств, я имею право отказаться от одного или нескольких вышеуказанных видов медицинского вмешательства.

_____/_____

Подпись Ф.И.О. одного из родителей (законного представителя)

_____/_____

Подпись Ф.И.О. медицинского работника

« _____ » _____ г.
Дата оформления информированного добровольного согласия