

**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
дошкольное образовательное бюджетное учреждение города Бузулука «Детский сад № 14»
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/воспитанника)

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 Министерством Российской Федерации 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)

первой медико-санитарной помощи в муниципальном дошкольном образовательном бюджетном учреждении города Бузулука «Детский сад № 14»

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

медицинской сестрой

(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,енного 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)