

**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, _____
(Ф.И.О. родителя (законного представителя))
“ _____ ” _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:

_____ (адрес места жительства родителя (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 апреля 2012 г. № 390н, в отношении ребёнка в возрасте _____ лет

Фамилия, имя, отчество ребёнка: _____

Дата рождения ребёнка _____

а именно:

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Антропометрические исследования.
3. Термометрия.
4. Тонометрия.
5. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикочно.
6. Лечебная физкультура.

Для получения первичной медико-санитарной помощи ребёнком, родителем (законным представителем) которого я являюсь в МКУ ДОО «Ребятня республика» медицинским работником 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 ноября 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 3 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации” может быть передана информация о состоянии здоровья ребёнка, родителем (законным представителем) которого я являюсь (ненужное зачеркнуть).

_____ (подпись) _____ (Ф.И.О. родителя или законного представителя), номер контактного телефона
“ _____ ” _____ г.
_____ (дата оформления)