

## Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, \_\_\_\_\_

*Ф.И.О. гражданина, одного из родителей, иного законного представителя*

Являюсь законным представителем, ( мать, отец, попечитель и т.д.) ребенка

(Ф.И.О. \_\_\_\_\_ г. рождения),

проживающий по адресу: \_\_\_\_\_

*адрес гражданина, одного из родителей, иного законного представителя*

в соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21.11. 2011г. № 323 –ФЗ « Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» информирован о состоянии здоровье своего ребенка, необходимости обследования и лечения.

1. Даю информированное добровольное согласие на проведение моему ребенку необходимых ему по состоянию здоровья медицинских вмешательств, в медицинском блоке Муниципального дошкольного образовательного учреждения «Детский сад «Ромашка» включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, для обследования и получения первичной медико-санитарной помощи.

- ✓ Опрос, в том числе выявление жалоб.
- ✓ Антропометрические исследования.
- ✓ Термометрия
- ✓ Лечебная физкультура
- ✓ Оказание первой медицинской 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.

В случае моего отсутствия уполномочиваю присутствовать при оказании первичной медико-санитарной помощи моему ребенку, чьим законным представителем я являюсь

\_\_\_\_\_  
*Ф.И.О. лиц, которым предоставляется право присутствовать при оказании первичной медико-санитарной помощи*

\_\_\_\_\_  
*Подпись*

\_\_\_\_\_  
*Ф.И.О. гражданина, одного из родителей, иного законного представителя*

\_\_\_\_\_  
*Подпись,*

\_\_\_\_\_  
*Ф.И.О. медицинского работника*

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201 \_\_\_\_\_ г.

*Дата оформления информированного добровольного согласия*