

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 Минюстом России 5 мая 2012 г. № 24082) (далее - Перечень видов медицинских вмешательств), при оказании моему ребенку, чьим законным представителем я являюсь

проживающего по адресу: _____
(Ф.И.О. ребенка, дата рождения)

(адрес проживания ребенка)

первичной медико-санитарной помощи в муниципальном бюджетном дошкольном образовательном учреждении -центр развития ребенка детский сад №17 "Тополек" _____
(наименование организации, где будет оказываться первичная медико-санитарная помощь
медицинским работником медицинской сестрой ФАП «Большовский»(от МБУЗ "ЦРБ"
Волгодонского района)Москалюк Светланой Витальевной

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