

**Информационное добровольное согласие
на виды медицинских вмешательств, включённых в Перечень определённых видов
медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное
добровольное согласие при поступлении в муниципальное бюджетное дошкольное
образовательное учреждение д/с №14«Звездочка» для получения первичной медико-
санитарной помощи**

Я, _____
(ФИО одного из родителя (законного представителя))
« _____ » _____ г. рождения, проживающий (ая) по адресу:

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

_____ (ФИО ребенка, дата рождения)
проживающего по адресу: _____

_____ (адрес проживания ребенка)
первичной медико-санитарной помощи в муниципальном бюджетном дошкольном образовательном учреждении детский сад №14 «Звездочка»

_____ (наименование организации, где будет оказываться первая медико-санитарная помощь)
педагогами, прошедшими обучение по программе «Первая помощь», и находящимися 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 / _____ /
ФИО одного из родителей (законного представителя)

« _____ » _____ г.
Дата оформления информированного добровольного согласия