

Я, \_\_\_\_\_

*Ф.И.О. одного из родителей (законного представителя)*

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. рождения, проживающий(ая) по адресу: \_\_\_\_\_

*адрес проживания родителей (законных представителей) обучающегося*

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 \_\_\_\_\_

*Ф.И.О. ребенка, дата рождения*

проживающего по адресу: \_\_\_\_\_

*адрес проживания ребенка*

первичной медико-санитарной помощи в муниципальном автономном дошкольном образовательном учреждении муниципального образования «город Бугуруслан» «Детский сад комбинированного вида №2»

*наименование организации, где будет оказываться первичная медико-санитарная помощь*

медицинским работником медицинской сестрой ГБУЗ «Городская больница» города Бугуруслана Абросимовой Татьяной Алексеевной

*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, осмотр (только пальпация), оказание экстренной первой помощи

*виды медицинских вмешательств*

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*