

Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при поступлении в муниципальное дошкольное образовательное бюджетное учреждение «Детский сад общеразвивающего вида № 1 «Ромашка» г.Соль-Илецка» Оренбургской области для получения первичной медико – санитарной помощи

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 дошкольном образовательном бюджетном учреждении «Детский сад общеразвивающего вида № 1 «Ромашка» г.Соль-Илецка» Оренбургской области ГБУЗ «Городская больница» города Соль-Илецк

(наименование организации, где будет оказываться первичная медико-санитарная помощь)

медицинским работником медицинской сестрой

_____ (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, 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

«_____» _____ 20__ г.

Дата оформления информированного добровольного согласия