

**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 №10 «Светлячок» 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 №10 «Светлячок» г. Соль-Илецка» Оренбургской области

(наименование организации, где будет оказываться первичная медико-санитарная помощь медицинским работником _____

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

В случае ее отсутствия педагогом или помощником воспитателя, прошедшим обучение по программе «Обучение приёмам оказания первой доврачебной помощи пострадавшим», 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