

**Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств и для получения
первичной медико-санитарной помощи**

Я, _____,

(Ф.И.О) родителя, или иного законного представителя ребенка полностью, дата 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, утвержденный приказом Минздравсоцразвития России от 23 апреля 2012 г. № 390 н, зарегистрирован Минюстом России 5 мая 2012 г. № 24082), на которые граждане дают информированное добровольное согласие для получения первичной медико-санитарной помощи, (далее – Перечень), при оказании моему ребенку _____

_____ (Ф.И.О. ребенка, дата рождения)

проживающего по адресу: _____

(адрес проживания ребенка)

первичной медико-санитарной помощи в МДОАУ № 100 медицинским работником (медицинской сестрой) ГАУЗ «ДГКБ» г. Оренбурга _____

(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.

Перечень видов медицинских вмешательств:

- 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.

«__» _____ 20__ г. _____

(Ф.И.О., подпись лица, давшего согласие)

«__» _____ 20__ г. _____

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

**Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств и для получения
первичной медико-санитарной помощи**

Я, _____,

(Ф.И.О) родителя, или иного законного представителя ребенка полностью, дата 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, утвержденный приказом Минздравсоцразвития России от 23 апреля 2012 г. № 390 н, зарегистрирован Минюстом России 5 мая 2012 г. № 24082), на которые граждане дают информированное добровольное согласие для получения первичной медико-санитарной помощи, (далее – Перечень), при оказании моему ребенку _____

_____ (Ф.И.О. ребенка, дата рождения)

проживающего по адресу: _____

(адрес проживания ребенка)

первичной медико-санитарной помощи в МДОАУ № 100 медицинским работником (медицинской сестрой) ГАУЗ «ДГКБ» г. Оренбурга _____

(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.

Перечень видов медицинских вмешательств:

- 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.

«__» _____ 20__ г. _____

(Ф.И.О., подпись лица, давшего согласие)

«__» _____ 20__ г. _____

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