

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 города Бузулука «Детский сад № 9» 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) воспитанника)

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 города Бузулука «Детский сад № 9»
(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

« ____ » _____ г.

Дата оформления информированного добровольного согласия