

Информационное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, _____, «____» _____ г.,
Ф.И.О. гражданина или одного из родителей (иного законного представителя) _____ (года рождения)
проживающий(ая) по адресу: _____
Добровольно даю/ не даю (ненужное зачеркнуть) информационное согласие на оказание первичной медико-санитарной помощи
моему ребенку, чьим законным представителем я являюсь _____ «____» _____ г.,
(Ф.И.О. лица, которому будет оказана первичная медико-санитарная помощь) _____ (года рождения)
Адрес места жительства: _____
в медицинском кабинете ДОУ медицинским работником следующих видов медицинских вмешательств, утвержденных
Приказом

Минздравсоцразвития России от 23 апреля 2012года № 309н, а именно: **опрос (в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза); осмотр (пальпация), в том числе на педикулез, чесотку, микроспорию; антропометрические исследования; термометрия; тонометрия; исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы); введение лекарственных препаратов по назначению врача.**

Я поставлен(а) в известность о том, что мой ребенок (лицо, чьим законным представителем я являюсь) при наличии медицинских показаний, требующих немедленного оказания специализированной помощи или представляющих угрозу жизни и здоровью окружающих, будет доставлен в ближайшую медицинскую организацию для уточнения состояния здоровья и (или) оказания специализированной медицинской помощи.

Мне разъяснено, что в случае направления ребенка (лица, чьим законным представителем я являюсь) на стационарное лечение я буду проинформирован(а) об этом медицинским работником, либо руководителем ДОУ.

В доступной для меня форме мне даны разъяснения о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риском, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи. О необходимости других методов обследования и лечения мне будет разъяснено дополнительно.

Я поставил(а) в известность медицинского работника обо всех проблемах, связанных со здоровьем моего ребенка (лица, чьим законным представителем я являюсь), в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных моим ребенком (лицом, чьи интересы я представляю) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил(а) правдивые сведения об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

Мне разъяснено, что при оформлении настоящего добровольного информационного 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.

В случае моего отсутствия уполномочиваю присутствовать при оказании медицинской помощи моему ребенку (лицу, чьи интересы я представляю) медицинского работника или воспитателя.

Настоящее согласие дано мной «____» _____ г. (Дата оформления информационного добровольного согласия) и действует до момента отчисления моего ребенка лица, чьим законным представителем я являюсь) из РЖД детского сада № 32.

/

(подпись, Ф.И.О. гражданина/ одного из родителей/ иной законный представитель).

Информационное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, _____, «____» _____ г.,
Ф.И.О. гражданина или одного из родителей (иного законного представителя) _____ (года рождения)
проживающий(ая) по адресу: _____
Добровольно даю/ не даю (ненужное зачеркнуть) информационное согласие на оказание первичной медико-санитарной помощи
моему ребенку, чьим законным представителем я являюсь _____ «____» _____ г.,
(Ф.И.О. лица, которому будет оказана первичная медико-санитарная помощь) _____ (года рождения)
Адрес места жительства: _____
в группе ДОУ воспитателем следующих видов медицинских вмешательств, утвержденных Приказом Минздравсоцразвития
России от 23 апреля 2012года № 309н, а именно: **опрос (в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза); осмотр (пальпация), в том числе на педикулез, чесотку, микроспорию; термометрия.**

Мне разъяснено, что отказ родителей от прохождения термометрии и иных противоэпидемических мероприятий, проводимых образовательными организациями, противоречит принципу приоритета охраны здоровья детей, провозглашенного статьей 4 Закона № 323-ФЗ, что ведет к нарушению прав детей на охрану здоровья и благоприятную окружающую среду.

Я поставил(а) в известность воспитателя обо всех проблемах, связанных со здоровьем моего ребенка (лица, чьим законным представителем я являюсь), в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных моим ребенком (лицом, чьи интересы я представляю) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил(а) правдивые сведения об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

Настоящее согласие дано мной «____» _____ г. (Дата оформления информационного добровольного согласия) и действует до момента отчисления моего ребенка лица, чьим законным представителем я являюсь) из РЖД детского сада № 32.

/

(подпись, Ф.И.О. гражданина/ одного из родителей/ иной законный представитель).