

**Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств ,
включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на
которые граждане дают информированное добровольное согласие при поступлении
в Муниципальное бюджетное дошкольное образовательное учреждение «Детский сад
№ 6 «Василёк» Кувандыкского городского округа Оренбургской области» для
получения первичной медико -санитарной помощи.**

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)

« ____ » _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу: _____
(дата рождения гражданина либо законного представителя)

_____ (адрес регистрации гражданина либо законного представителя)
проживающий по адресу: _____

(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении _____
(фамилия, имя, отчество ребенка)

« ____ » _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу: _____
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

_____ (в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н1 (далее — виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) _____

Медицинским работником медицинской сестрой ГБУЗ «ГБ» г. Кувандыка , педиатрическое отделение при детской поликлинике, Кандакова Ольга Владимировна

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

В случае ее отсутствия педагогом , прошедшем обучения по программе оказания «Первой помощи» и находящимся рядом с ребенком в момент, требуемый для оказания ему первой помощи, до приезда бригады скорой помощи.

Опрос, в том числе выявление жалоб, термометрия, антропометрические исследования, тонометрия, осмотр(только palpation), лечебная физкультура, оказание экстренной помощи.

Я ознакомлен с Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие, в доступной для меня форме. Мне даны разъяснения о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ним риске, возможных вариантах медицинского вмешательства , о его последствиях, а так же предполагаемых результатах оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что при оформлении настоящего добровольного информационного согласия, а так же при осуществлении медицинского вмешательства, включенного в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, я имею право отказаться от одного или нескольких выше указанных видов медицинского вмешательства.

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (одного из родителей) законного представителя)

(подпись)

(фамилия, имя, отчество медицинского работника)

« ____ » _____ 20 ____ г.