

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.матери)

Адрес \_\_\_\_\_

Телефон \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.отца)

Адрес \_\_\_\_\_

Телефон \_\_\_\_\_

**Информированное добровольное согласие родителя (законного представителя) на медицинское вмешательство в отношении несовершеннолетнего младше 15 лет.**

Мы \_\_\_\_\_ (Ф.И.О.матери)

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О.отца)

зарегистрированные по адресу \_\_\_\_\_ на основании Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» добровольно даю информированное согласие на оказание первичной медико-санитарной помощи моему ребенку \_\_\_\_\_ года рождения в МБДОУ на следующие виды медицинских вмешательств, утвержденные приказом Минздравсоцразвития России от 23.04.12 № 309. именно:

- опрос ( в том числе выявление жалоб, анамнеза);
- медицинский осмотр(пальпация), в том числе на педикулез, чесотку, микроспорию;
- термометрию;
- тонометрию.

В доступной форме нам разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений.

Мы поставлены в известность о том, что наш ребенок (лицо, чьим законным представителем я являюсь) при наличии у него медицинских показаний, требующих немедленного оказания специализированной помощи или представляющих угрозу жизни и здоровью окружающих,будет доставлен в ближайшую к месту проведения программы медицинскую организацию для уточнения состояния здоровья и (или) оказания специализированной медицинской помощи.

Нам разъяснено, что в случае направления ребенка (лица, чьим законным представителем я являюсь) в медицинскую организацию мы будем проинформированы об этом медицинским работником, либо руководителем образовательной организации.

Мы ознакомлены и согласны со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены и понятны.

Настоящее согласие дано нами и действует до момента отчисления моего ребенка из МБДОУ.

Нам разъяснено, что при оформлении настоящего добровольного информированного согласия, а также перед осуществлением медицинского вмешательства, включенного в перечень видов медицинских вмешательств, мы имеем право отказаться от одного, нескольких или всех вышеуказанных видов медицинского вмешательства.

«   » \_\_\_\_\_ 2020 г.   \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (подпись матери)                      \_\_\_\_\_ (Ф.И.О.)

\_\_\_\_\_ (подпись отца)                      \_\_\_\_\_ (Ф.И.О.)