Заведующему МАДОУ детский сад № 54

О.Н. Лукач

Контактный телефон:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Информированное добровольное согласие родителя**

**(законного представителя) на медицинское вмешательство**

**в отношении несовершеннолетнего**

Я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

ФИО родителя

Зарегистрированный 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:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ФИО ребенка, дата рождения

в МАДОУ детский сад № 54 на следующие виды медицинских вмешательств, утвержденные приказом Минздравсоцразвития России от 23.04.2012 № 309н, а именно:

* Опрос (в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза);
* Медицинский осмотр (пальпация), в том числе педикулез, чесотку, микроспорию;
* Антропометрические исследования;
* Термометрию;
* Тонометрию;
* Исследований функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы);
* Медицинский массаж;
* Лечебная физкультура;
* Вакцинация;

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

Я поставлен(а) в известность о том, что мой ребенок (лицо, чьим законным представителем я являюсь) 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. Мне разъяснено, что в случае направления ребенка (лица, чьим законным представителем я являюсь) в медицинскую организацию я буду проинформирован(а) об этом медицинским работником либо руководителем образовательной организации. Я ознакомлен(а) и согласен(а)со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены и понятны.

Настоящее согласие дано мной \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ и действует до момента отчисления моего ребенка из МАДОУ детский сад № 54.

Мне разъяснено, что при оформлении настоящего добровольного согласия, а так же перед осуществлением медицинского вмешательства, включенного в перечень видов медицинских вмешательств, я имею право отказаться от одного, нескольких или всех выше указанных видов медицинского вмешательства.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

дата подпись ФИО