

Заведующему МБДОУ детский сад № 1
«Остров детства» с. Ильинское
Сахалинской области
И.А. Кожухарь

от _____,
паспорт _____ выдан _____,
_____,
проживающего(ей) по адресу: _____,
_____, д. __, кв. __,
контактный телефон: _____

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

Я, _____ года рождения,
зарегистрированный по адресу: _____, _____, д. __, кв. __, 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

_____ 20__ года рождения в
МБДОУ детский сад № 1 «Остров детства» с. Ильинское Сахалинской области 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 на педикулез, чесотку,
микроспорию;
- антропометрические исследования;
- термометрию;
- тонометрию;
- первичный осмотр при травме, ушибе

В доступной для меня форме мне разъяснены 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) при наличии медицинских показаний 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) на стационарное лечение я буду проинформирован(а) об этом медицинским
работником либо руководителем образовательной организации.

Я ознакомлен(а) и согласен(на) со всеми пунктами настоящего документа,
положения которого мне разъяснены и понятны.

Настоящее согласие дано мной _____ 20__ года и действует до момента
отчисления моего ребенка _____ из МБДОУ детский сад №
1 «Остров детства» с. Ильинское Сахалинской

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, нескольких или всех вышеуказанных видов медицинского вмешательства.

_____ 20__ года

/подпись/

/расшифровка подписи/