

Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при поступлении в МБДОУ «Ц.Р.Р. – Д/с «Ласточка» с.Павловка для получения первичной медикосанитарной помощи

Я, _____
(фамилия, имя, отчество)

_____ (адрес постоянной регистрации)

_____ (вид документа, удостоверяющего личность, серия, номер, кем выдан и дата выдачи)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Минздрава России от 23 апреля 2012 г. № 390 н медицинских вмешательств), при оказании моему ребенку, чьим законным представителем я являюсь _____

(Ф.И.О. ребенка, дата рождения)

проживающего по адресу: _____
(адрес проживания ребенка)

первичной медико-санитарной помощи в МБДОУ «Ц.Р.Р. – Д/с «Ласточка» с.Павловка
ГАОУЗ Оренбургская ЦРБ _____

(наименование организации, где будет оказываться первичная медико-санитарная помощь)

медсестре Семеновой Н.Ю.

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

В случае ее отсутствия педагогом, прошедшим обучение по программе «Первая помощь», и находящимся рядом с ребенком в момент, требуемый для оказания ему первой помощи до приезда бригады скорой медицинской помощи.

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

я ознакомлен с Перечнем видов медицинских вмешательств, в доступной для меня форме мне даны разъяснения о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что при оформлении настоящего добровольного информированного 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.

« _____ » _____ 20 ____ г.

личная подпись одного из родителей
(законных представителей)

личная подпись медицинского работника