**Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при поступлении в муниципальное бюджетное дошкольное образовательное учреждение «Новоуральский детский сад «Колосок» Кувандыкского городского округа Оренбургской области» для получения первичной медико-санитарной помощи**

Я,

Ф.И.О. одного из родителей ( законного представителя)

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ г. рождения, проживающий(ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_

адрес проживания родителей (законных представителей) обучающегося

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 Минздравсоцразвития России от 23 апреля 2012 г. № 390 н (зарегистрирован Минюстом России 5 мая 2012 г. № 24082) (далее – Перечень видов 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 муниципальном бюджетном дошкольном образовательном учреждении «Новоуральский детский сад «Колосок» Кувандыкского городского округа Оренбургской области» \_\_\_\_\_\_

наименование организации, где будет оказываться первичная медико-санитарная помощь

медицинским работником медицинской сестрой ГБУЗ «ГБ» г.Кувандык Орленко Т. В.\_\_

должность, Ф.И.О. медицинского работника

В случае ее отсутствия воспитателем, 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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

виды медицинских вмешательств

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.

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

Подпись, Ф.И.О. одного из родителей (законного представителя)

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

Подпись,  Ф.И.О. медицинского работника

«\_\_\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г.

Дата оформления информированного добровольного согласия