

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
НА ВИДЫ МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ
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) воспитанника

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 10 августа 2017 г. № 514 - Н 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 автономном дошкольном образовательном учреждении «Детский сад №19 «Ручеёк» г. Гая Гайского муниципального округа Оренбургской области

наименование организации, где будет оказываться первичная медико-санитарная помощь

медицинским работником ГБУЗ «ГБ» города Гая
медицинской сестрой «Детской поликлиники» Поляевой Ольгой Геннадьевной
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.

Перечень видов медицинских вмешательств: «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.

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

Подпись / _____
Ф.И.О. медицинского работника

« ____ » _____ 20 ____ г.
Дата оформления информированного добровольного согласия