
(Ф.И.О. матери)адрес: _____,
телефон: __________
(Ф.И.О. отца)адрес: _____,
телефон: _____**Информированное добровольное согласие родителя (законного представителя) на медицинское вмешательство в отношении несовершеннолетнего младше 15 лет.**Мы _____ года рождения,
_____ года рождения,зарегистрированные 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 _____года рождения в МБДОУ на следующие виды медицинских вмешательств, утвержденные приказом
Минздравсоцразвития России от 23.04.2012 № 309 н, а именно:

опрос (в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза);

медицинский осмотр (пальпация), в том числе на педикулез, часотку, микроспорию;

термометрию;

тонометрию;

В доступной форме нам разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с
ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность
развития осложнений.Мы поставлены в известность о том, что наш ребенок (лицо, чьим законным представителем я
являюсь) при 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.Нам разъяснено, что в случае направления ребенка (лица, чьим законным представителем я
являюсь) в медицинскую организацию мы будем проинформированы об этом медицинским
работником либо руководителем образовательной организации.Мы ознакомлены и согласены со всеми пунктами настоящего документа, положения
которого мне разъяснены и понятны.

Настоящее согласие дано нами и действует до момента отчисления моего ребенка из МБДОУ.

Нам разъяснено, что при оформлении настоящего добровольного информационного
согласия, а также перед осуществлением медицинского вмешательства, включенного в перечень
видов медицинских вмешательств, мы имеем право отказаться от одного, нескольких или всех
вышеуказанных видов медицинского вмешательства.

« ____ » _____ 2020 года

(подпись матери)_____
(Ф.И.О.)_____
(подпись отца)_____
(Ф.И.О.)