

Заведующему МДОУ № 18

Колбиной Л.А.

от \_\_\_\_\_,

проживающей по адресу: \_\_\_\_\_

контактный телефон: \_\_\_\_\_

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

Я, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_,  
(ФИО) (дата рождения)

зарегистрированный 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 \_\_\_\_\_ дата рождения \_\_\_\_\_  
(ФИО)

в МДОУ № 18 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;
- антропометрические исследования;
- термометрия;
- тонометрия

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 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. Мне разъяснено, что в случае направления ребенка (лица, чьим законным представителем я являюсь) в медицинскую организацию, 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 \_\_\_\_\_ и действует до момента \_\_\_\_\_  
(дата)

отчисления моего ребенка \_\_\_\_\_  
из МДОУ № 18. \_\_\_\_\_ (ФИО)

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.

\_\_\_\_\_