|  |
| --- |
| [Заведующему МБДОУ «Детский сад «Флажок» пгт.Гвардейское»](mailto:flajok@mail.ru)  [Рудаковой А.М.](mailto:flajok@mail.ru) |
| [от *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_](mailto:flajok@mail.ru) |
| [паспорт *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* выдан *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*](mailto:flajok@mail.ru) |
| [Проживающего (ей) по адресу: *\_\_\_\_\_\_\_\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_](mailto:flajok@mail.ru) |
|  |
| [контактный телефон: *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*](mailto:flajok@mail.ru) |

[Информированное добровольное согласие родителя   
(законного представителя) на медицинское вмешательство  
в отношении несовершеннолетнего младше 15 лет](mailto:flajok@mail.ru)

[Я, *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*года 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 *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* *\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* 20*\_\_* года рождения в детском саду на следующие виды медицинских вмешательств, утвержденные приказом Минздравсоцразвития России от 23.04.2012 № 309н, а именно:](mailto:flajok@mail.ru)

[– опрос (в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза);](mailto:flajok@mail.ru)

[– медицинский осмотр (пальпация), в том числе на педикулез, часотку, микроспорию;](mailto:flajok@mail.ru)

[– антропометрические исследования;](mailto:flajok@mail.ru)

[– термометрию;](mailto:flajok@mail.ru)

[– тонометрию;](mailto:flajok@mail.ru)

[– исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы);](mailto:flajok@mail.ru)

[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.](mailto:flajok@mail.ru)

[Я поставлен (а) в известность о том, что мой ребенок (лицо, чьим законным представителем я являюсь) при наличии 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.](mailto:flajok@mail.ru)

[Я ознакомлен(а) и согласен(на) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены и понятны.](mailto:flajok@mail.ru)

[Настоящее согласие дано мной *\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* 20*\_\_* года и действует до момента отчисления моего ребенка из детского сада.](mailto:flajok@mail.ru)

[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.](mailto:flajok@mail.ru)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| [*\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* 20*\_\_* года](mailto:flajok@mail.ru) | [*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*](mailto:flajok@mail.ru) | [*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*](mailto:flajok@mail.ru) |