

**Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи**

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф. И. О. гражданина)

Проживающий(ая) по адресу: \_\_\_\_\_

паспорт: \_\_\_\_\_, выдан: \_\_\_\_\_

являясь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. ребёнка полностью, год рождения)

1. Я добровольно даю своё согласие на проведение моему ребёнку медицинских вмешательств (ОПРОС, В ТОМ ЧИСЛЕ ВЫЯВЛЕНИЕ ЖАЛОБ, СБОР АНАМНЕЗА, ОСМОТР КОЖНЫХ ПОКРОВОВ, СЛИЗИСТЫХ ОБОЛОЧЕК, ПАЛЬПАЦИЯ, ТЕРМОМЕТРИЯ, ТОНОМЕТРИЯ, АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ, ОСМОТР НА ПЕДИКУЛЁЗ, ЛАБОРАТОРНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ (СОСКОБ НА ЭНТЕРОБИОЗ), ВВЕДЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ПО НАЗНАЧЕНИЮ ВРАЧА (В/М, ПОДКОЖНО).

2. Я поставил(а) в известность мед. работника обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных ребенком и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, о принимаемых лекарственных средствах.

3. Я сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

**МБДОУ «Детский сад комбинированного вида № 20»**

(полное наименование организации)

Медицинским работником **ст. мед. сестрой**  
(должность, Ф. И. О. медицинского работника)

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, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств.

\_\_\_\_\_  
(Ф. И. О. законного представителя, контактный телефон) (подпись)

\_\_\_\_\_  
(Ф. И. О. медицинского работника) (подпись)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.  
(дата оформления)

**Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи**

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф. И. О. гражданина)

Проживающий(ая) по адресу: \_\_\_\_\_

паспорт: \_\_\_\_\_, выдан: \_\_\_\_\_

являясь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. ребёнка полностью, год рождения)

1. Я добровольно даю своё согласие на проведение моему ребёнку медицинских вмешательств (ОПРОС, В ТОМ ЧИСЛЕ ВЫЯВЛЕНИЕ ЖАЛОБ, СБОР АНАМНЕЗА, ОСМОТР КОЖНЫХ ПОКРОВОВ, СЛИЗИСТЫХ ОБОЛОЧЕК, ПАЛЬПАЦИЯ, ТЕРМОМЕТРИЯ, ТОНОМЕТРИЯ, АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ, ОСМОТР НА ПЕДИКУЛЁЗ, ЛАБОРАТОРНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ (СОСКОБ НА ЭНТЕРОБИОЗ), ВВЕДЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ПО НАЗНАЧЕНИЮ ВРАЧА (В/М, ПОДКОЖНО).

2. Я поставил(а) в известность мед. работника обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных ребенком и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, о принимаемых лекарственных средствах.

3. Я сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

**МБДОУ «Детский сад комбинированного вида № 20»**

(полное наименование организации)

Медицинским работником **ст. мед. сестрой**  
(должность, Ф. И. О. медицинского работника)

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, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств.

\_\_\_\_\_  
(Ф. И. О. законного представителя, контактный телефон) (подпись)

\_\_\_\_\_  
(Ф. И. О. медицинского работника) (подпись)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.  
(дата оформления)