

**Информированное добровольное согласие  
на виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов  
медицинских вмешательств, на которые граждане дают  
информированное добровольное согласие при поступлении в муниципальное бюджетное  
дошкольное образовательное учреждение центр развития ребенка - детский сад №20  
"Подснежник"  
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 23 апреля 2012 г. № 390 н (зарегистрирован Минюстом России 5 мая 2012 г. № 24082) (далее - Перечень видов медицинских вмешательств), 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 бюджетном дошкольном образовательном учреждении центр развития ребенка - детский сад №20 "Подснежник" -  
(наименование организации, где будет оказываться первичная медико-санитарная помощь  
медицинским работником медицинской сестрой МБУЗ "ЦРБ" Волгодонского района  
Казимовой Эльмирой Сарваровной

\_\_\_\_\_ (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.

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 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ г.

Дата оформления информированного добровольного согласия