

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ

на медицинское вмешательство

Я, _____,

Ф.И.О.(при наличии) гражданина либо законного представителя ребенка

«__» _____ г. рождения, зарегистрированный
(дата рождения гражданина либо законного представителя)

по адресу: _____
(адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

проживающий по адресу: _____
(указывается в случае проживания не по месту жительства)

в отношении _____
(ФИО ребенка)

«__» _____ г рождения, проживающего
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

по адресу: _____
в случае проживания не по месту жительства законного представителя

даю 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, утвержденный приказом МЗ и соцразвития РФ от 23.04.2012г. № 309н (далее – Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи моим ребенком.

В МАДОУ «Детский сад №397» медицинским работником

- Старшей медсестрой МАДОУ «Детский сад №397» _____
Ф.И.О. старшей медсестры

- _____
должность, Ф.И.О. медицинского работника муниципального учреждения здравоохранения

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, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 ФЗ от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Сведение о выбранных мною лицах, которым в соответствии с п.5 ч.3 ст.19 Федерального закона от 21.11.2011г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состояния лица, законным представителем которого я являюсь, в том числе и смерти:

(Ф.И.О. законного представителя ребенка)

(подпись)

(контактный телефон)

(Ф.И.О. медицинского работника)

(подпись)

(дата)

«__» _____ г.