

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, Иванова Мария Петровна
(фамилия, имя, отчество родителя, законного представителя)
проживающий по адресу: Санкт-Петербург, ул. Болотная, д. 45, лит А, кв. 756
законный представитель (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) несовершеннолетнего (*нужное подчеркнуть*) Ивановой Глафиры Ивановны
(фамилия, имя, отчество несовершеннолетнего до 18 лет)

в соответствии с требованиями статьи № 20 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», Федерального закона от 21.11.2013 г. № 317 - ФЗ даю **информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство** в Государственном бюджетном дошкольном образовательном учреждении детский сад «Кудесница» Петроградского района Санкт-Петербурга, а именно:

- ✓ опрос (в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза);
- ✓ медицинский осмотр (пальпация), в том числе на педикулез, чесотку, микроспорию;
- ✓ антропометрические исследования;
- ✓ термометрию;
- ✓ тонометрию;

Я уведомлен(а), что в целях сохранения и охраны жизни и здоровья ребенка, детский сад обязан в случае выявления симптомов неблагополучного состояния здоровья ребенка, незамедлительно вызвать родителей или, в случае их отсутствия, вызвать скорую медицинскую помощь для оказания стационарной медицинской помощи в соответствии с пунктом 5, части 3 статьи 19 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Медицинское сопровождение осуществляется работниками **детского поликлинического отделения №14 Санкт-Петербурга** (СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 30»).

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 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Настоящее согласие действует на время пребывания несовершеннолетнего ребенка в ГБДОУ детский сад «Кудесница» Петроградского района СПб.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего документа, который может быть направлен мной в адрес ГБДОУ детский сад «Кудесница» Петроградского района СПб по почте заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручен лично под расписку представителю ГБДОУ детский сад «Кудесница» Петроградского района СПб

При заболевании и госпитализации моего ребенка в лечебные учреждения за пределы ГБДОУ детский сад «Кудесница» Петроградского района СПб прошу вас проинформировать меня по следующим контактными данным: _____ (номер телефона)

В случае экстренной ситуации и невозможности связаться по указанному номеру, прошу звонить по следующим телефонам:

№	ФИО	Вид родственных отношений	Телефон
1.	Иванов Иван Иванович	отец	8-921-001-02-31
2.	Васильева Серафима Петровна	бабушка	8-111-131-00-01
3.	Петрова Мария Петровна	тетя	8-951-201-12-13

Прочим лицам информацию о состоянии здоровья моего ребенка не предоставлять.

Законный представитель:

Дата «___» _____ 202__ г.

(подпись)

(Ф.И.О)