

Информированное добровольное согласие родителей (законных представителей) ребенка на медицинское вмешательство

« ____ » _____ 20 ____ г.

Я _____

(Ф.И.О. законного представителя заполняется собственноручно)

законный представитель ребенка _____

(Ф.И.О. ребенка)

1. выражаю _____ (согласие
- заполняется собственноручно)

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 медикосанитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее — Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть). Я информирован и осознаю 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. Информация изложена в доступной для меня форме. На все интересующие вопросы я получил(а) понятные ответы. Я сообщил(а) сведения о наличии у моего ребенка заболеваний, о болезнях и операциях, перенесенных ранее, назвал(а) все жалобы и отклонения от нормы, особые реакции. 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 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446). Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

Подпись законного представителя _____

(подпись)

_____ (Ф.И.О.)

«Расписался в моем присутствии»