

Заведующему МБДОУ  
«Детский сад № 3 «Ромашка» п.Новоорск  
Маминой О.И.

от \_\_\_\_\_,  
проживающего(ей) по адресу:

\_\_\_\_\_ ,  
контактный телефон: \_\_\_\_\_

**Информированное добровольное согласие родителя  
(законного представителя) на медицинское вмешательство  
в отношении несовершеннолетнего младше 15 лет**

Я, \_\_\_\_\_ года рождения,  
зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, д. \_\_, кв. \_\_ на основании  
Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в  
Российской Федерации» добровольно даю информированное согласие на оказание первичной  
медико-санитарной помощи моему ребенку

\_\_\_\_\_ 20\_\_ года рождения в  
МБДОУ «Детский сад» № 3 «Ромашка» п.Новоорск на следующие виды медицинских  
вмешательств, утвержденные приказом Минздравсоцразвития России от 23.04.2012 № 309н, а  
именно:

- опрос (в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза);
- медицинский осмотр (пальпация), в том числе на педикулез, чесотку;
- антропометрию;
- термометрию;
- тонометрию;
- исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы);
- неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций.
- неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций.

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.

Я поставлен(а) в известность о том, что мой ребенок (лицо, чьим законным представителем я  
являюсь) при наличии у него медицинских показаний, требующих немедленного оказания  
специализированной помощи или представляющих угрозу жизни и здоровью окружающих,  
будет доставлен в ближайшую к месту проведения программы медицинскую организацию для  
уточнения состояния здоровья и (или) оказания специализированной медицинской помощи.  
Мне разъяснено, что в случае направления ребенка (лица, чьим законным представителем я  
являюсь) в медицинскую организацию я буду проинформирован(а) об этом медицинским  
работником либо руководителем образовательной организации.

Я ознакомлен(а) и согласен(на) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого  
мне разъяснены и понятны.

Настоящее согласие дано мной \_\_\_\_\_ 20\_\_ года и действует до момента отчисления  
моего ребенка \_\_\_\_\_ из МБДОУ «Детский  
сад» № 3 «Ромашка» п.Новоорск

Мне разъяснено, что при оформлении настоящего добровольного информационного согласия,  
а также перед осуществлением медицинского вмешательства, включенного в перечень видов  
медицинских вмешательств, я имею право отказаться от одного, нескольких или всех  
вышеуказанных видов медицинского вмешательства.

\_\_\_\_\_ 20\_\_ года

(дата)

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (расшифровка)