



Дошкольное образовательное частное учреждение «Детский сад «ЮНЭК»

143986, Московская область, г. Балашиха,
мкр. Железнодорожный, ул. Юбилейная, д.32, пом. 2
8(910) 430 99 35 www. unekplanet.ru,
г. Балашиха

Директору ДОЧУ «Детский сад
«ЮНЭК»

М.Н. Шарыгиной

От _____

*ФИО родителя (законного представителя)
проживающей по*

адресу: _____

(адрес места жительства)

контактный телефон:

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

Я, *ФИО родителя,*

_____ года рождения, зарегистрированный по адресу:

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

_____ года рождения в ДОЧУ «Детский сад «ЮНЭК» 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, часотку, микроспорию;
- антропометрические исследования;
- термометрия;
- тонометрия;

- исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы);
- лечебная физкультура.

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 *дата* _____ и действует до момента отчисления моего ребенка *ФИО* _____ из *ДОЧУ «Детский сад «ЮНЭК»*.

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.

Дата _____ *подпись* _____