

**Информированное добровольное согласие (информированный отказ)
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, отказываюсь - заполняется собственноручно)

на (от) проведение(я) медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств (инъекция, капельница, трахеостомия), на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной 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)

Подпись законного представителя _____
(подпись) (Ф.И.О.)

2. выражаю _____
(согласие, отказываюсь - заполняется собственноручно)

на(от) оказание(я) стоматологической помощи, в т.ч. санации зубов, выполняемую моему ребенку

Подпись законного представителя _____
(подпись) (Ф.И.О.)

Об объеме возможной помощи, ее особенностях, возможных последствиях и осложнениях информирован(а) в соответствии со ст.20 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ. 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.

Подпись законного представителя _____
(подпись) (Ф.И.О.)

«Расписался в моем присутствии»

Врач: _____
(подпись) (Ф.И.О.)