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

«»20г.			
я			_
(Ф.И.О. законно	го представителя зап	олняется собственноручно)	
законный представитель ре	ебенка		
	(Ф.И.О. ребен	іка)	
1.выражаю (согласие,	отказываюсь - заполн	яется собственноручно)	
которые граждане дают информ медицинской организации для п утвержденный приказом Минист	ких вмешательств (и пированное доброво олучения первичной герства здравоохран № 390н (зарегистрир	нъекция, капельница, трахеостания), н льное согласие при выборе врача и	кой
Подпись законного представите	ля		
	(подпис	ь) (Ф.И.О.)	
2.выражаю		яется собственноручно)	
на(от) оказание(я) стоматолог моему ребенку Подпись законного представи		в т.ч. санации зубов, выполняемую 	
	(подпись)	(Ф.И.О.)	
информирован(а) в соответстви Российской Федерации от 21.11. меня форме. На все интересуют	и со ст.20 ФЗ «Об ос 2011 г. № 323-ФЗ. Ин цие вопросы я получ енка заболеваний, о	озможных последствиях и осложнения сновах охраны здоровья граждан в нформация изложена в доступной для нил(а) понятные ответы. Я сообщил(а) оболезнях и операциях, перенесенных п, особые реакции.	
Подпись законного представите	ля		
	(подпись)	(Ф.И.О.)	
«Расписался в моем присутстви	И»		
Врач:			
	(подпись)	(Ф.И.О.)	