

Информированное добровольное согласие на проведение медицинских вмешательств и оказание медицинской помощи несовершеннолетним в период обучения в МБОУ «Тренькасинская СОШ имени Героя Российской Федерации Д.В. Семёнова» Чебоксарского муниципального округа Чувашской Республики

Я, _____, _____,
ФИО родителя, опекуна, иного законного представителя

проживающий (-ая) по адресу: _____
тел. _____ e-mail _____

даю добровольное информированное согласие на проведение медицинских вмешательств (опрос, выявление жалоб, сбор анамнеза, осмотр, антропометрические исследования, спирометрия, динамометрия, термометрия, тонометрия, неинвазивные исследования органов слуха и зрения и их функций, лабораторные и функциональные методы обследования и введение лекарственных препаратов по назначению врача), оказание первой доврачебной и _____ скорой _____ медицинской _____ помощи _____ моему ребенку _____

ФИО ребенка

ученику _____ класса.

Подтверждаю, что мне в доступной форме разъяснен (ы):

- положения главы 4 «Права и обязанности граждан в сфере охраны здоровья» Федерального Закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

- Приказ Министерства здравоохранения РФ от 5 ноября 2013 г. №822н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи несовершеннолетним, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных организациях».

В соответствии с требованиями ст.20, 22 Федерального Закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», я информирован(а), что необходимым предварительным условием оказания медицинской помощи является получение добровольного информированного согласия.

Подтверждаю, что даю свое согласие на использование сведений о состоянии здоровья моего ребенка, в том числе об аллергических реакциях организма ребенка, для оказания первой доврачебной и медицинской помощи.

(дата)

(подпись)

(расшифровка подписи)

Информированное добровольное согласие на проведение медицинских вмешательств и оказание медицинской помощи несовершеннолетним в период обучения в МБОУ «Тренькасинская СОШ имени Героя Российской Федерации Д.В. Семёнова» Чебоксарского муниципального округа Чувашской Республики

Я, _____, _____,
ФИО родителя, опекуна, иного законного представителя

проживающий (-ая) по адресу: _____
тел. _____ e-mail _____

даю добровольное информированное согласие на проведение медицинских вмешательств (опрос, выявление жалоб, сбор анамнеза, осмотр, антропометрические исследования, спирометрия, динамометрия, термометрия, тонометрия, неинвазивные исследования органов слуха и зрения и их функций, лабораторные и функциональные методы обследования и введение лекарственных препаратов по назначению врача), оказание первой доврачебной и _____ скорой _____ медицинской _____ помощи _____ моему ребенку _____

ФИО ребенка

ученику _____ класса.

Подтверждаю, что мне в доступной форме разъяснен (ы):

- положения главы 4 «Права и обязанности граждан в сфере охраны здоровья» Федерального Закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

- Приказ Министерства здравоохранения РФ от 5 ноября 2013 г. №822н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи несовершеннолетним, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных организациях».

В соответствии с требованиями ст.20, 22 Федерального Закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», я информирован(а), что необходимым предварительным условием оказания медицинской помощи является получение добровольного информированного согласия.

Подтверждаю, что даю свое согласие на использование сведений о состоянии здоровья моего ребенка, в том числе об аллергических реакциях организма ребенка, для оказания первой доврачебной и медицинской помощи.

(дата)

(подпись)

(расшифровка подписи)