

**Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенных в
Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают
информированное добровольное согласие при поступлении в муниципальное бюджетное дошкольное
образовательное учреждение «Петровский детский сад» для получения первой доврачебной помощи**

Я, _____
Ф.И.О. одного из родителей (законного представителя)
« ____ » _____ г. рождения, проживающий(ая) по адресу: _____

адрес проживания родителей (законных представителей) обучающегося
даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенных в
Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают
информированное добровольное согласие для получения первой доврачебной помощи,
утвержденный приказом Минздравсоцразвития России от 23 апреля 2012 г. № 390 н
(зарегистрирован Минюстом России 5 мая 2012 г. № 24082) (далее – Перечень видов медицинских
вмешательств), при оказании моему ребенку, чьим законным представителем я являюсь _____

Ф.И.О. ребенка, дата рождения
проживающего по адресу: _____

адрес проживания ребенка
первой доврачебной помощи в МБДОУ «Петровский детский сад»
воспитателем МБДОУ «Петровский детский сад» Махневой Светлане Викторовне
прошедшим обучение по программе «Первая доврачебная помощь», и находящимся рядом с
ребенком в момент, требуемый для оказания ему первой помощи до приезда бригады скорой
медицинской помощи.

Опрос, в том числе выявление жалоб, термометрия, антропометрические исследования,
тонометрия, осмотр (только пальпация), лечебная физкультура, оказание экстренной первой
помощи, перевязка, обработка ран и ссадин.

виды медицинских вмешательств

Я ознакомлен с Перечнем видов медицинских вмешательств, в доступной для меня форме мне
даны разъяснения о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске,
возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о
предполагаемых результатах оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что при
оформлении настоящего добровольного информированного согласия, а также перед
осуществлением медицинского вмешательства, включенного в Перечень видов медицинских
вмешательств, я имею право отказаться от одного или нескольких вышеуказанных видов
медицинского вмешательства.

Подпись, _____ *Ф.И.О. одного из родителей (законного представителя)*

Подпись, _____ *Ф.И.О. медицинского работника*

« ____ » _____ г.

Дата оформления информированного добровольного согласия