

**Информированное добровольное согласие
на медицинское вмешательство**

Я, _____, _____ года рождения, зарегистрированный по адресу: _____, проживающий по адресу:

_____, в отношении моего

ребенка _____ года рождения, проживающей по адресу:

_____, даю информационное добровольное согласие на следующие виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, 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 (далее – виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в МБОУ СОШ № 18, а именно:

- опрос (в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза);
- медицинский осмотр (пальпация), в том числе на педикулез, часотку, микроспорию;
- антропометрические исследования;
- термометрию;
- тонометрию;
- исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы);
- иммунологические методы обследования (Манту, диаскинтест);
- медицинский массаж;
- лечебная физкультура;

Медицинским работником школы 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, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Подпись _____

Дата _____