

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

Я, _____

(Ф.И.О.)

« ____ » _____ г.р., зарегистрированн(ая)ый по адресу:

законный представитель ребенка

(Ф.И.О., ребенка)

1. выражаю _____

(согласие - заполняется собственноручно)

На проведение медицинских вмешательств, включенных 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 (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082)

Подпись законного представителя _____

(подпись)

(Ф.И.О.)

2. выражаю _____

(согласие - заполняется собственноручно)

На оказание стоматологической помощи (в т.ч. санации зубов) моему ребенку

Подпись законного представителя _____ Ф.И.О законного представителя

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.

Ф.И.О. законного представителя _____

Номер телефона _____

(подпись)

(Ф.И.О. законного представителя)

Дата « ____ » _____ 20 ____ г.