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

«____»_____202_ г.

Я,_____

(Ф.И.О. законного представителя заполняется собственноручно)

законный представитель ребенка

_____

(Ф.И.О. ребенка)

выражаю_____

(согласие, отказываюсь - заполняется собственноручно)

1. **на отказ/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);

2. 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.

3. 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.

Подпись законного представителя

_____

(подпись) (Ф.И.О.)

Врач, медицинский работник:

_____

(подпись) (Ф.И.О.)