



Частное общеобразовательное учреждение
«Центр образования на Марсовом поле»
Красная площадь ул., д.3/6, г. Оренбург
телефон: (3532) 44-25-06, 44-34-98
e-mail: redsquare56@yandex.ru
ИНН 5610162273 ОГРН 1145658019870

Информированное добровольное согласие родителей (законных представителей) на медицинское сопровождение несовершеннолетнего обучающегося на период обучения в Школе ЧОУ «»

Я, _____,
являясь родителем (законным представителем)

(Ф.И.О., дата рождения ребенка, класс)

даю информированное добровольное согласие на виды 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 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,

Ф.И.О. ребенка от имени которого, выступает законный представитель
« _____ » _____ г. рождения,
проживающего по адресу: _____
первичной медико-санитарной помощи в ЧОУ «Центр образования на Марсовом поле»
Медицинскими работниками: _____

должность, Ф.И.О. медицинского работника

должность, Ф.И.О. медицинского работника

должность, Ф.И.О. медицинского работника

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.

дата

подпись,

Ф.И.О. законного представителя