

Директору МАУ ДО ДХШ г. Улан-Удэ _____
Нанзатовой Любовь Тумун-Баировне. _____
от _____
Проживающего(ей) по адресу: _____
Контактный телефон: _____

**Информированное добровольное согласие родителя
(законного представителя) на медицинское вмешательство
в отношении несовершеннолетнего младше 15 лет**

Я, _____ года рождения,
на основании Федерального закона от 21.11.2011г № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья
граждан в Российской Федерации» добровольно даю информированное согласие на оказание
первичной медико-санитарной помощи моему ребенку

_____ года рождения в МАУ ДО ДХШ им. Р.С.
Мэрдыеева на следующие виды медицинских вмешательств, утвержденных приказом
Минздравсоцразвития России от 32.04.2012г № 309н, а именно:

1. Термометрию
2. Тонometriю

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.

Я поставлен(а) в известность о том, что мой ребенок (лицо, чьим законным представителем я
являюсь) при наличии у него медицинских показаний, требующих немедленного оказания
специализированной помощи или представляющих угрозу жизни и здоровью окружающих, будет
доставлен в ближайшую к месту обучения ДХШ медицинскую организацию для уточнения
состояния здоровья и (или) оказания специализированной медицинской помощи. Мне разъяснено,
что в случае направления ребенка в медицинскую организацию, я буду проинформирован(а) об этом
медицинским работником либо руководителем образовательной организации.

Я ознакомлен(а) и согласен(а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне
разъяснены и понятны.

Настоящее согласие дано мной «__» _____ 20__ года и действует до момента
отчисления моего ребенка
_____ из ДХШ.

Мне разъяснено, что при оформлении настоящего добровольного информационного согласия, а
также перед осуществлением медицинского вмешательства, включенного в перечень видов
медицинских вмешательств, я имею право отказаться от одного, нескольких или всех
вышеуказанных видов медицинского вмешательства.

«__» _____ 20__ г.
(дата)

_____/_____
Подпись / Расшифровка подписи