Заведующему МАДОУ ЦРР детский сад № 20

Лаптевой Л.Г.

*от*_____

_____

_____

тел. _____

заявление.

Прошу моему ребенку _____ гр. №_____

предоставить платную медицинскую услугу_____

_____

«___»_____ 202__г. *подпись*_____

См. на обороте →

ГОРОДСКОЙ ОКРУГ СРЕДНЕУРАЛЬСК
МУНИЦИПАЛЬНОЕ АВТОНОМНОЕ ДОШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
"ЦЕНТР РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА – ДЕТСКИЙ САД № 20
«ЗОЛОТОЙ ПЕТУШОК»

Информированное добровольное согласие на 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

- ✓ Я, _____
  (Ф.И.О. гражданина, либо законного представителя)
- ✓ "_____" _____ _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:
- ✓ _____,
  (адрес места жительства гражданина, либо законного представителя)
- ✓ действующий за _____
  (фамилия, имя ребенка)

даю информированное добровольное согласие на 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. N 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082) (далее - Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи / получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в медицинском кабинете МАДОУ ЦРР детский сад № 20

Медицинским работником Скачковой Ириной Сергеевной 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. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2012, N 26, ст. 3442, 3446).

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь

- ✓ _____
  (Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)
- ✓ _____
  (подпись) (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

_____
(подпись) (Ф.И.О. медицинского работника)

«_____»_____ 202 г.
(дата оформления)