Добровольное информированное согласие на проведение профилактических медицинских мероприятий в МБДОУ Детский сад с.Кадгарон

Я,нижеподписавшийся(аяся)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ф.И.О. родителя (иного законного представителя)

несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указать Ф.И.О. и год рождения несовершеннолетнего до 15 лет)

Проинформирован(а) о том, что в образовательных учреждениях медицинскими работниками проводятся ряд профилактических мероприятий, направленных на охрану и укрепление здоровья детей, регламентированных нормативными правовыми документами Минздрава России. Добровольно соглашаюсь на проведение в образовательных учреждениях профилактических медицинских мероприятий:

1. - проведение профилактических медицинских осмотров;

- доврачебных-поверхностный осмотр на кожные заболевания, педикулез, оказание первой доврачебной помощи при заболеваниях с последующим отчислением ребенка из образовательного учреждения для амбулаторного обследования и лечения.

- врачебных и специализированных (проводятся врачом-педиатром не менее 2-3 раз в год, врачами специалистами в сроки, установленные действующими нормативными правовыми документами);

1. - лабораторно-инструментальные и функциональные исследования: кал на я/глист, энтеробиоз, анализ крови, мочи, по показаниям кал на диз. группу, мазок на дифтерию, ЭКГ и пр.

3 - профилактических мероприятий по предупреждению заболеваний;

4. - иммунизации в рамках национального календаря профилактических прививок и по эпидемическим показаниям.

Я, нижеподписавшийся(аяся\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ф.И.О.

С проведением профилактических медицинских мероприятий согласна

Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Не согласна\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Написать с чем

В случае отказа обязуюсь провести эти мероприятия амбулаторно, сведения представить в образовательное учреждение.

Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_