

Информированное добровольное согласие

Я _____
(фамилия, имя, отчество - полностью)

_____ года рождения, проживающий(ая) по адресу: _____

_____, паспорт: _____, выдан: _____

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель)
ребенка _____

Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина - полностью, год рождения _____

- Я ознакомлен (ознакомлена) с распорядком и правилами ГБДОУ д/с «Лесное», и обязуюсь их соблюдать;
- Добровольно даю свое согласие на проведение моему ребенку лечения в случае возникновения острого заболевания в д / с «Лесное»

-Добровольно соглашаюсь на госпитализацию своего ребенка по решению врача д/с «Лесное», врача «скорой помощи» или другого врача-специалиста.

-Добровольно соглашаюсь в соответствии с назначениями врача, на проведение диагностических исследований: анализа крови общего и биохимического, анализа мочи общего, электрокардиографии; проведения рентгеновских, ультразвуковых и эндоскопических исследований и лечебных мероприятий: прием таблетированных препаратов, инъекций, внутривенных вливаний, диагностических и лечебных пункций, физиотерапевтических процедур. Необходимость других методов обследования и лечения будет мне разъяснена дополнительно;

- Я информирован (информирована) о целях, характере и неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью,

- Я поставил (поставила) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем моего ребенка, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных травмах, операциях, заболеваниях, о принимаемых лекарственных средствах.

- Разрешаю, в случае необходимости, предоставить информацию о диагнозе моего ребенка, степени тяжести и характере заболевания моим родственникам, законным представителям, гражданам: _____

- Разрешаю посещение в ГБДОУ д/с «Лесное», лечебном учреждении представляемого ребенка _____

" _____ " _____ 20 ____ года. Подпись пациента/законного представителя

Расписался в моем присутствии:

Врач _____

(Должность, И.О.Фамилия)

(подпись)

ПРИМЕЧАНИЕ:

Согласие на медицинское вмешательство (лечение) в отношении лиц, не достигших возраста 15 лет, и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, дают их законные представители (родители, усыновители, опекуны или попечители) с указанием Ф.И.О., паспортных данных, родственных отношений после сообщения им сведений о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

При отсутствии законных представителей решение о необходимости лечения принимает консилиум, а при невозможности собрать консилиум - непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением главного врача больницы, а в выходные, праздничные дни, вечернее и ночное время - ответственного дежурного врача и законных представителей.

Дополнительная информация:

Телефон законного представителя:

Домашний

Мобильный

Рабочий

Другой:

При возникновении острого заболевания администрация ГБДОУ д/с «Лесное» обязуется сообщить законным

представителям сведения о состоянии здоровья и проводимом лечении по указанным Вами телефонам.

" ____ " _____ 20 ____ г.

. Подпись законного представителя

В соответствии с СанПиН 2.4.1.33648-20 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям воспитания и обучения, отдыха и оздоровления детей и молодежи», утвержденного постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 28.09.2020 № 28 в целях профилактики недостаточности микронутриентов (витаминов и минеральных веществ) в питании детей используются пищевые продукты, обогащенные микронутриентами.

Витаминизация блюд проводится с учетом состояния здоровья детей, под контролем медицинского работника. Витаминизированные напитки готовятся непосредственно перед раздачей.

При отсутствии в рационе питания витаминизированных напитков проводится искусственная С-витаминизация. препараты витаминов вводятся в третье блюдо (компот или кисель) после его охлаждения непосредственно перед реализацией.

С информацией ознакомлен и даю согласие на проведение витаминизации блюд

" ____ " _____ 20 ____ Года

. Подпись законного представителя

По рекомендации врача даю согласие на проведение с моим ребенком:

- Лечебной физической культуры

- Оздоровительного массажа

" _____ » _____ 20 ____ г.

Подпись законного представителя _____

Расписался в моем присутствии:

Врач (Медсестра)

(подпись)