УТВЕРЖДЕНО

Приказом департамента здравоохранения

Воронежской области от 01.06.2012 № 813

**Информированное добровольное согласие (информированный отказ) родителей (законных представителей) ребенка на медицинское вмешательство**

« \_\_» 20\_\_\_\_\_г.

я\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. законного представителя заполняется собственноручно)

законный представитель ре6енка\_\_

(Ф.И.О. ребенка)

1. выражаю

(согласие, отказываюсь - заполняется собственноручно)

**на (от) проведение(я) медицинской помощи в случае возникновения неотложных состояний моему ребенку и проведение профилактических прививок.**

Подпись законного представителя

(подпись) (Ф.И.О.)

2.выражаю

\_ (согласие, отказываюсь - заполняется собственноручно)

**на(от) оказание(я) стоматологической помощи, в т.ч. санации зубов, выполняемую моему ребенку**

Подпись законного представителя

(подпись) (Ф.И.О.)

Об объеме возможной помощи, ее особенностях, возможных последствиях и осложнениях информирован(а) в соответствии со ст.20 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации от 21.11.2011 г. № 323-ф3. Информация изложена в доступной для меня форме. На все интересующие вопросы я получил(а) понятные ответы. Я сообщил(а) сведения о наличии у моего ребенка заболеваний, о болезнях и операциях, перенесенных ранее, назвал(а) все жалобы и отклонения от нормы, особые реакции. ^

Подпись законного представителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (Ф.И.О.)

«Расписался в моем присутствии»

Мед. сестра \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись)