

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения

Астраханской области

«Детская городская поликлиника № 3»

Информационное согласие на выполнение лечебно-профилактических, противоэпидемических, диагностических, санитарно-гигиенических, оздоровительных мероприятий.

« _____ » _____ 20__ г.

Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии с требованиями ст.19,20,33, федерального закона РФ «Об основах здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ и ст.5 ФЗ от 17.09.1998 № 157-ФЗ.

Я даю согласие на выполнение профилактической вакцинации моему ребенку согласно национальному календарю прививок, а в случае медицинского отвода по индивидуальной схеме, так же, в случае контакта с инфекционными заболеваниями по эпидемическим показаниям. С календарем прививок ознакомлен(а).

Я даю согласие на проведение скрининг-тестов и профилактических осмотров моего ребенка следующим детским специалистами: педиатром, неврологом, отоларингологом, хирургом, ортопедом, урологом, гинекологом, эндокринологом, аллергологом, гастроэнтерологом, другими медицинскими специалистами с применением в случае необходимости ими методов функциональной.

Я даю согласие на получение у моего ребенка необходимых анализов, в том числе исследований крови на иммунитет или иной детской инфекции, а также сдачи анализа мной и другими членами моей семьи, других инструментальных обследований в случае контакта с инфекционными больными или эпидемической ситуации.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения

Астраханской области

«Детская городская поликлиника № 3»

Информационное согласие на выполнение лечебно-профилактических, противоэпидемических, диагностических, санитарно-гигиенических, оздоровительных мероприятий.

« _____ » _____ 20__ г.

Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии с требованиями ст.19,20,33, федерального закона РФ «Об основах здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ и ст.5 ФЗ от 17.09.1998 № 157-ФЗ.

Я даю согласие на выполнение профилактической вакцинации моему ребенку согласно национальному календарю прививок, а в случае медицинского отвода по индивидуальной схеме, так же, в случае контакта с инфекционными заболеваниями по эпидемическим показаниям. С календарем прививок ознакомлен(а).

Я даю согласие на проведение скрининг-тестов и профилактических осмотров моего ребенка следующим детским специалистами: педиатром, неврологом, отоларингологом, хирургом, ортопедом, урологом, гинекологом, эндокринологом, аллергологом, гастроэнтерологом, другими медицинскими специалистами с применением в случае необходимости ими методов функциональной.

Я даю согласие на получение у моего ребенка необходимых анализов, в том числе исследований крови на иммунитет или иной детской инфекции, а также сдачи анализа мной и другими членами моей семьи, других инструментальных обследований в случае контакта с инфекционными больными или эпидемической ситуации.

Я даю согласие на проведение карантинных мероприятий и изоляции в случае заболевания или контакта с инфекционными заболеваниями моего ребенка.

Я даю согласие в случае необходимости по направлениям медицинского работника провести консультацию о состоянии моего ребенка у необходимых специалистов. Все указанные выше положения разъяснены мне в полной форме, полностью мною поняты, я даю согласие на выполнение санитарно-гигиенических, противоэпидемических, диагностических, профилактических, оздоровительных мероприятий в МБДОУ г.Астрахани «Детский сад № 49», что и удостоверяю настоящей подписью

_____ / _____ /

В доступной для меня форме мне разъяснены возможные условия отказа от данных мероприятий.

Законный представитель ребенка (мать, отец, опекун) _____ / _____

Медицинский работник (врач, мед.сестра) _____ / _____

Я даю согласие на проведение карантинных мероприятий и изоляции в случае заболевания или контакта с инфекционными заболеваниями моего ребенка.

Я даю согласие в случае необходимости по направлениям медицинского работника провести консультацию о состоянии моего ребенка у необходимых специалистов. Все указанные выше положения разъяснены мне в полной форме, полностью мною поняты, я даю согласие на выполнение санитарно-гигиенических, противоэпидемических, диагностических, профилактических, оздоровительных мероприятий в МБДОУ г.Астрахани «Детский сад № 49», что и удостоверяю настоящей подписью

_____ / _____ /

В доступной для меня форме мне разъяснены возможные условия отказа от данных мероприятий.

Законный представитель ребенка (мать, отец, опекун) _____ / _____

Медицинский работник (врач, мед.сестра) _____ / _____