

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

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. законного представителя заполняется собственноручно)

законный представитель ребенка \_\_\_\_\_ (Ф.И.О.  
ребенка)

1. Выражаю \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_  
согласие, отказываюсь - заполняется собственноручно)

**на (от) проведение(я) 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. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082)

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-ФЗ. 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.)