

Добровольное информированное согласие на проведение профилактических медицинских мероприятий в образовательных учреждениях.

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 Минздравсоцразвития 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);
2. - 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 о чем

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

Подпись _____ дата _____