

Согласие
на проведение медицинских манипуляций
на 200 ____ / 200 ____ учебный год

Я _____ даю согласие на проведение моему ребенку

(ФИО)

в школе лечебно-профилактических мероприятий, направленных на охрану здоровья и жизни детей, а именно:

1. Проведение профилактических осмотров
2. Оказание неотложной медицинской помощи
3. Проведение профилактических прививок в соответствии с национальным календарем прививок и приоритетным национальным проектом в сфере здравоохранения, в соответствии с Федеральным законом от 17.09.98 г. № 157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней», а именно:

Мне разъяснили, что отсутствие профилактических прививок у моего ребенка влечет:

- запрет на выезд из страны, пребывание в которых в соответствии с международными медико-социальными правилами либо международными договорами Российской Федерации требует конкретных профилактических прививок;
- временный отказ в приеме граждан в образовательные и оздоровительные учреждения в случае возникновения массовых инфекционных заболеваний или при угрозе возникновения эпидемий.

Мне разъяснено, что я имею право на:

- получение от медицинских работников полной и объективной информации о необходимости профилактических прививок, последствиях отказа от них, возможных поствакцинальных осложнениях;
- выбор государственных муниципальных или частных организаций здравоохранения либо граждан, занимающихся частной медицинской практикой;
- бесплатные профилактические прививки, включенные в национальный календарь профилактических прививок, и профилактические прививки по эпидемическим показаниям в государственных и муниципальных организациях здравоохранения;
- медицинский осмотр, а при необходимости и медицинское обследование перед профилактическими прививками, получение квалификационной медицинской помощи в государственных и муниципальных организациях здравоохранения при возникновении поствакцинальных осложнений в рамках Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи.
- социальную поддержку при возникновении поствакцинальных осложнений;
- отказ от профилактических прививок.

Я извещен, что при осуществлении иммунопрофилактики необходимо строго выполнять предписания медицинских работников, соблюдать кратность посещений о любом ухудшении самочувствия моего ребенка немедленно сообщать врачу.

Согласие
на проведение медицинских манипуляций
на 200 ____ / 200 ____ учебный год

Я _____ даю согласие на проведение моему ребенку

(ФИО)

в школе лечебно-профилактических мероприятий, направленных на охрану здоровья и жизни детей, а именно:

1. Проведение профилактических осмотров
2. Оказание неотложной медицинской помощи
3. Проведение профилактических прививок в соответствии с национальным календарем прививок и приоритетным национальным проектом в сфере здравоохранения, в соответствии с Федеральным законом от 17.09.98 г. № 157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней», а именно:

Мне разъяснили, что отсутствие профилактических прививок у моего ребенка влечет:

- запрет на выезд из страны, пребывание в которых в соответствии с международными медико-социальными правилами либо международными договорами Российской Федерации требует конкретных профилактических прививок;
- временный отказ в приеме граждан в образовательные и оздоровительные учреждения в случае возникновения массовых инфекционных заболеваний или при угрозе возникновения эпидемий.

Мне разъяснено, что я имею право на:

- получение от медицинских работников полной и объективной информации о необходимости профилактических прививок, последствиях отказа от них, возможных поствакцинальных осложнениях;
- выбор государственных муниципальных или частных организаций здравоохранения либо граждан, занимающихся частной медицинской практикой;
- бесплатные профилактические прививки, включенные в национальный календарь профилактических прививок, и профилактические прививки по эпидемическим показаниям в государственных и муниципальных организациях здравоохранения;
- медицинский осмотр, а при необходимости и медицинское обследование перед профилактическими прививками, получение квалификационной медицинской помощи в государственных и муниципальных организациях здравоохранения при возникновении поствакцинальных осложнений в рамках Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи.
- социальную поддержку при возникновении поствакцинальных осложнений;
- отказ от профилактических прививок.

Я извещен, что при осуществлении иммунопрофилактики необходимо строго выполнять предписания медицинских работников, соблюдать кратность посещений о любом ухудшении самочувствия моего ребенка немедленно сообщать врачу.

Мне разъяснены все этапы вакцинации, возможные ожидаемые и осложненные реакции со стороны организма моего ребенка. Я ознакомлен с осложнениями для здоровья и летальными исходами, которые могут последовать при отказе от прививок.

Я подтверждаю, что имел возможность задать любые интересующие меня вопросы касательно состояния здоровья моего ребенка, влияния вакцинопрофилактически и получил из них исчерпывающие ответы.

Информировал врач (медсестра) _____ подпись
« ____ » _____ 20 ____ г.

Я согласился с предложенным планом оздоровления моего ребенка, в чем расписался собственноручно _____ (подпись родителя), или расписался его законный представитель _____ (подпись представителя), или, что удостоверяет, присутствовавший при беседе _____ (подпись).

Я отказался от предложенного плана оздоровления моего ребенка _____ в чем расписался собственноручно _____ (подпись родителя), или расписался его законный представитель _____ (подпись представителя), или, что удостоверяет, присутствовавший при беседе _____ (подпись).

Мне разъяснены все этапы вакцинации, возможные ожидаемые и осложненные реакции со стороны организма моего ребенка. Я ознакомлен с осложнениями для здоровья и летальными исходами, которые могут последовать при отказе от прививок.

Я подтверждаю, что имел возможность задать любые интересующие меня вопросы касательно состояния здоровья моего ребенка, влияния вакцинопрофилактически и получил из них исчерпывающие ответы.

Информировал врач (медсестра) _____ подпись
« ____ » _____ 20 ____ г.

Я согласился с предложенным планом оздоровления моего ребенка, в чем расписался собственноручно _____ (подпись родителя), или расписался его законный представитель _____ (подпись представителя), или, что удостоверяет, присутствовавший при беседе _____ (подпись).

Я отказался от предложенного плана оздоровления моего ребенка _____ в чем расписался собственноручно _____ (подпись родителя), или расписался его законный представитель _____ (подпись представителя), или, что удостоверяет, присутствовавший при беседе _____ (подпись).