

Анкета

Ф.И.О.ребенка _____

Дата рождения _____

Свидетельство о рождении(серия,№, дата выдачи): _____

Медицинский полис № _____

Адрес по месту регистрации _____

Адрес по месту жительства _____

Инвалидность, ВОЗ _____

Потребность по здоровью: 1) нет;2)с нарушением речи;3)с нарушением слуха;4)с нарушением опорно-двигательного аппарата;5)зрения;6)ЗПР;7)часто болеющие;8)туберкулезная интоксикация;9)аутизм;10) с нарушением интеллекта;11)со сложным;12) с иным ограниченными возможностями здоровья

Имеется ли аллергия на что-либо _____

Ф.И.О. матери _____

Дата рождения _____

Место работы и номер рабочего телефона _____

№ телефона _____

Инвалидность, ВОЗ _____ льготы _____

Ф.И.О папы _____

Дата рождения _____

Место работы и номер рабочего телефона _____

№ телефона _____

Инвалидность, ВОЗ _____ льготы _____

Семья полная, не полная (подчеркнуть)

Количество детей _____

С кем еще можно связаться:

1)Ф.И.О. _____

Адрес и № телефона _____

Кем приходится ребенку _____

2)Ф.И.О. _____

Адрес и № телефона _____

Кем приходится ребенку _____

Дата заполнения анкеты _____ Подпись _____

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

Я (закон.предст.) _____ « ____ » _____ г.р.

Зарегистрированный по адресу _____

В отношении _____ « ____ » _____ г.р.

Зарегистрированный по адресу _____

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств (ОПРОС, В ТОМ ЧИСЛЕ ВЫЯВЛЕНИЯ ЖАЛОБ, СБОР АНАМНЕЗА, ОСМОТР КОЖНЫХ ПОКРОВОВ, СЛИЗИСТЫХ ОБОЛОЧЕК, ПАЛЬПАЦИЯ, ТЕРМОМЕТРИЯ, ТОНОМЕТРИЯ, АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ, ОСМОТР НА ПЕДИКУЛЕЗ, НАПРАВЛЯТЬ НА ЛАБОРАТОРНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ, ОКАЗАНИЕ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ СОСТОЯНИИ УГРОЖАЮЩИХ ЖИЗНИ РЕБЕНКА), 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 РФ от 23 апреля 2012г. № 390н (далее - виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в МАДОУ «Детский сад № 12»

Медицинским работником _____

В доступной форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ним риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

Ф.И.О. законного

Представителя _____ подпись _____

Ф.И.О. мед.работника _____ подпись _____