**ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ**

Долуподписаният/ ата …………………………………………………………………….......

*(посочват се трите имена на родителя)*

в качеството на родител на ………………………………………………………………...…

*(посочват се трите имена на детето)*

посещаващо ……………………………………………………………………………………

*(посочва се името на детската градина/ детската ясла)*

Декларирам, че съм запознат/ запозната и:

* приемам на детето ми да му бъде направен профилактичен очен скрининг с апарат PlusoptiX S12.

Информиран/ информирана съм, че:

* PlusoptiX S12 се използва за ранно откриване на зрителни нарушения (профилактично очно здравеопазване), като за целта измерва сферата, цилиндъра, оста, зрителната линия и размера на зеницата едновременно и на двете очи. Използвайки тези измерени стойности, се изчисляват сферичният еквивалент, симетрията на зрението и интерпалупалното разстояние. Всички измервани стойности се сравняват с възрастовите зависими критерии.
* Предпазните грижи за очите с "PlusoptiX S12" не заместват очния преглед, извършен от офталмолог. Офталмолога е единствения, който може да интерпретира измервателните стойности и да установи диагноза.
* Стойностите за измерване не трябва да се използват директно за предписване на очила или контактни лещи;
* Фалшиво-положителни и фалшиво-отрицателни резултати могат да възникнат във всеки тип превантивен преглед.

Дата: …………… 2022 г.

Подпис: ……………………….