**Информированное добровольное согласие**

**на медицинские вмешательства для получения первичной**

**медико-санитарной, неотложной и скорой медицинской помощи**

**в период пребывания в оздоровительной организации**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ф.И.О. одного из родителей, опекуна, попечителя, иного законного представителя

«\_\_\_\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г. рождения,

проживающий (-ая) по адресу:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

адрес одного из родителей, опекуна, попечителя, иного законного представителя

контактный телефон

Даю добровольное информированное согласие на проведение медицинских вмешательств

моему ребенку

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ф.И.О. ребенка, от имени которого, выступает законный представитель

«\_\_\_\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г. рождения, чьим

законным представителем я являюсь,

проживающего по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

фактический адрес проживания ребенка

при оказании **первичной медико-санитарной, неотложной и скорой медицинской**

**помощи** в оздоровительной и медицинской организации.

Я ознакомлен с перечнем видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают

информированное добровольное согласие для получения первичной медико-санитарной

помощи в доступной для меня форме, а также уведомлен в том, что при оказании

**неотложной и скорой** медицинской помощи я буду информирован по указанному выше

телефону. В случае невозможности связаться со мной и при возникновении угрозы жизни

моему ребенку решение об объеме и виде медицинского вмешательства определяют врачи

медицинской организации.

В доступной для меня форме мне даны разъяснения о целях, порядке 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 21ноября 2011г. № 323-ФЗ «Об основах здоровья граждан в Российской Федерации».

В случае моего отсутствия уполномочиваю присутствовать при оказании медицинской

помощи моему ребенку, чьим законным представителем я являюсь, медицинскому

работнику оздоровительной организации.

Информированное добровольное согласие действительно на срок пребывания ребенка в

оздоровительной организации с «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г. до «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_г.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись, Ф.И.О. одного из родителей, опекуна, попечителя, иного законного представителя

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись, Ф.И.О. уполномоченного лица оздоровительной организации

«\_\_\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_\_\_г.

Дата оформления добровольного информированного согласия

**Перечень**

**видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное**

**добровольное согласие при получении первичной медико-санитарной помощи**

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.

2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация.

3. Антропометрические исследования, спирометрия, динамометрия.

4. Термометрия.

5. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе

внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожное.