

**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 так же 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.

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. Тонометрия.
6. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций.
7. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций.
8. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).
9. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические.
10. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография.
11. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования.
12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикочно.