

**Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи**

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

*(Ф.И.О. родителя/законного представителя)*

зарегистрированный (ая) по адресу: \_\_\_\_\_,

в отношении

*(Ф.И.О. ребенка)*

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированного по адресу:

*(адрес места жительства ребенка)*

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, 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 Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 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 в Детском оздоровительном лагере «Дружба» структурное подразделение ООО «Центр отдыха зеленый городок» (адрес местонахождения: 141217, Московская область, г.о. Пушкинский, п. Зелёный Городок, тер. Зеленый Городок, д.1, стр.31, помещ.1, ОГРН: 1077761175359, ИНН: 7718669440) – далее «Лагерь», руководителем медицинской службы ООО «Центр отдыха зеленый городок» в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития 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 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 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.

\_\_\_\_\_  
*(подпись)*

\_\_\_\_\_  
*(Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)*

\_\_\_\_\_  
*(контактный телефон)*

\_\_\_\_\_  
*(подпись)*

\_\_\_\_\_  
*(Ф.И.О. медицинского работника – заполняется в лагере)*

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2023 г.  
*(дата оформления)*