

**Информированное добровольное согласие на медицинские вмешательства для получения первичной медико-санитарной помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи в период пребывания в Детском оздоровительном лагере «Искраград»**

Я, \_\_\_\_\_,  
(Ф.И.О., одного из родителей, законного представителя)

проживающий (-ая) по адресу: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ,  
контактный сотовый телефон \_\_\_\_\_ ,

даю информированное добровольное согласие на медицинские вмешательства моему ребенку

\_\_\_\_\_ ,  
(Ф.И.О., ребенка, дата рождения),

чьим законным представителем я являюсь, при оказании первичной медико-санитарной помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи (в соответствии с приказом Минздрава России от 13.06.2018 г. № 327-н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи несовершеннолетним в период оздоровления и организованного отдыха») в ДОЛ «Искраград».

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 скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи я буду информирован по вышеуказанному 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 первичной медико-санитарной помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи.

В случае моего отсутствия уполномочиваю присутствовать при оказании медицинской помощи моему ребенку, чьим законным представителем я являюсь, медицинскому работнику Детского оздоровительного лагеря «Искраград». Информированное добровольное согласие действительно на срок пребывания ребенка в ДОЛ «Искраград»

с «\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_\_ г. до «\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_\_ г.

\_\_\_\_\_ ,  
Подпись

(Ф.И.О., одного из родителей, законного представителя)

\*Перечень видов медицинского вмешательства:

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза;
2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия;
3. Антропометрические исследования;
4. Термометрия;
5. Не инвазивные исследования органа зрения и зрительных функций.;
6. Не инвазивные исследования органа слуха и слуховых функций;
7. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно;
8. Медицинский массаж, лечебная физкультура.

Все остальные виды медицинского вмешательства согласовываются со мной дополнительно.

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г

\_\_\_\_\_ /  
подпись

\_\_\_\_\_ /  
расшифровка подписи

