

**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, иного законного представителя

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, на предложенное мне медицинское вмешательство:

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия.
3. Антропометрические исследования, спирометрия, динамометрия.
4. Термометрия.
5. Тонометрия.
6. Введение лекарственных препаратов по назначению врача при неотложных и экстренных состояниях.
7. Прием таблетированных лекарственных препаратов по показаниям при обращаемости ребёнка в медицинский кабинет.

Я ознакомлен(а) 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(а) в том, что при оказании неотложной и скорой медицинской помощи я буду информирован по указанному мною 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.

Я поставил(а) в известность обо всех проблемах с моим (моего ребёнка) здоровьем:

- Аллергические проявления \_\_\_\_\_
- Индивидуальная непереносимость лекарственных средств \_\_\_\_\_

Я ознакомился (ась) со всеми пунктами настоящего документа, получил (а) необходимые пояснения понял (а) суть подписанного документа и согласен (а) с ним.

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.

**В****№ тел.**

подпись

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

подпись

\_\_\_\_\_  
Ф.И.О. уполномоченного лица оздоровительной организации

**В** « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Дата оформления добровольного информированного согласия