

**Информированное добровольное согласие
на медицинское вмешательство**

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

серия, номер, кем и когда выдан

проживающего по адресу _____

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включённых в Перечень определённых видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медикосанитарной помощи, утверждённый приказом Минздравсоцразвития России от 23 апреля 2012 г. № 390н (зарегистрирован Минюстом России 5 мая 2012 г. № 24082), при оказании моему ребёнку, лицу, чьим законным представителем я являюсь

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

« _____ » _____ года рождения, проживающего по адресу:

фактический адрес проживания ребенка

первичной медико-санитарной помощи в ООО «Форест» детский лагерь «Вудлэнд» медицинским работником лагеря, а также медицинскими работниками медицинских организаций, с которыми заключены договоры на оказание медицинской помощи, и медицинских организаций, в которые ребёнок может быть направлен по медицинским показаниям.

Согласие включает проведение медицинского осмотра при заезде и в период смены, измерение температуры, артериального давления, проведение необходимых лабораторных и инструментальных исследований, введение лекарственных препаратов по назначению врача, оказание неотложной и экстренной медицинской помощи, а также направление и госпитализацию ребёнка в медицинскую организацию по показаниям.

Я ознакомлен/а с Перечнем видов медицинских вмешательств, мне доступна информация о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи. Мне понятно, что при оформлении настоящего добровольного информированного согласия, а также перед осуществлением медицинского вмешательства, включенного в Перечень видов медицинских вмешательств, я имею право отказаться от одного, нескольких или всех вышеуказанных видов медицинского вмешательства.

Я осведомлен/а о необходимости информирования врача и иного медицинского персонала обо всех проблемах, связанных со здоровьем моего ребёнка, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных им и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на ребёнка во время жизнедеятельности, о принимаемых им лекарственных средствах.

Я подтверждаю, что мною предоставлена полная информация и все документы (копии документов), касающиеся состояния здоровья моего ребёнка, которыми я располагаю и которые требуются Лагерю, если эта информация и документы могут повлиять на качество оказываемых моему ребёнку (лицу, чьим законным представителем я являюсь) услуг.

Я поставил/а работников Лагеря в известность обо всех проблемах, связанных со здоровьем моего ребенка, в т.ч. об аллергических реакциях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, о перенесенных травмах, операциях, заболеваниях, принимаемых лекарственных препаратах.

Для предотвращения неблагоприятных ситуаций сообщаю следующие сведения:

Наблюдается ли ребенок по поводу какого-либо заболевания? Какого?	
Нуждается ли ребенок в постоянном приеме лекарственных препаратов? Каких?	

