

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
НА ВИДЫ МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ, ВКЛЮЧЁННЫЕ В ПЕРЕЧЕНЬ
ОПРЕДЕЛЁННЫХ ВИДОВ МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ, НА КОТОРЫЕ ГРАЖДАНЕ
ДАЮТ ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ
МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ**

Я, _____,

(Ф.И.О. законного представителя несовершеннолетнего)

_____ года рождения, паспорт № _____,

когда выдан « ____ » _____ г., кем выдан _____,

зарегистрированный (проживающий) по адресу: _____

(адрес регистрации и фактический адрес проживания законного представителя несовершеннолетнего)

тел. № _____,

являясь законным представителем несовершеннолетнего:

(Ф.И.О. несовершеннолетнего)

« ____ » _____ г. рождения (далее – Ребенок), проживающего по адресу:

(фактический адрес проживания Ребенка)

(свидетельство о рождении №, дата выдачи или паспорт №, кем и когда выдан)

Даю информированное добровольное согласие на следующие виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (далее – Перечень) для получения первичной медико-санитарной помощи Ребенком:

- опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза;
- осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация; антропометрические исследования, спирометрия, динамометрия;
- термометрия, тонометрия;
- неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций;
- неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций;
- исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы);
- лабораторные методы обследования, в том числе клинические;
- функциональные методы обследования, в том числе электрокардиографическое;
- рентгенологические методы обследования, в том числе флюорографическое (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования;
- введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикочно.

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 Ребенку.

Я уведомлен о том, что при оказании экстренной и неотложной помощи я буду информирован по указанному выше телефону.

Я обязуюсь, при необходимости, самостоятельно забрать Ребенка из детского оздоровительного лагеря (далее – ДОЛ) в течение 24 (двадцати четырех) часов с момента моего уведомления.

При невозможности связаться со мной по указанному телефону или в случае невозможности самостоятельно забрать Ребенка из ДОЛ решение вопроса об объеме и виде медицинских вмешательств определяют врачи ДОЛ или медицинские организации.

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. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

С требованиями направления детей в ДОЛ ознакомлен и подтверждаю, что Ребенок не имеет ограничений по состоянию здоровья и медицинских противопоказаний для пребывания в них.

Информированное добровольное согласие действительно 1 (один) год с момента его выдачи.

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии здоровья Ребенка

_____:

(Ф.И.О. лиц, их контактный телефон)

_____/_____

(подпись)

(Ф.И.О. законного представителя Ребенка)

_____/_____

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

« _____ » _____ 2025 г.
(дата оформления информированного добровольного согласия)