

**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. Рентгенологические исследования (снимки)
7. Введение лекарственных препаратов по назначению врача при неотложных и экстренных состояниях.
8. 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 выше 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.

№ тел.

подпись

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

подпись

Ф.И.О. уполномоченного лица оздоровительной организации

« _____ » _____ 20 ____ г.

Дата оформления добровольного информированного согласия