

**Информированное добровольное
согласие на медицинское вмешательство**

Я,

(фамилия, имя, отчество родителя, законного представителя)
проживающий(ая) _____ по
адресу: _____

—
родитель (законный представитель)
несовершеннолетнего: _____

—
(фамилия, имя, отчество, дата рождения несовершеннолетнего до 18 лет)

В соответствии с требованиями статьи № 20 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», Федерального закона от 25.11.2013 г. № 317-ФЗ даю **информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство.**

Я даю согласие на организацию оздоровительного и лечебного процесса, в соответствии с лицензией ДОЛ КД «Зори Анапы» и не возражаю, что количество и объем лечебных процедур определяются лечащим врачом здравницы в соответствии с имеющимися показаниями и противопоказаниями, указанными в выписке из медицинской карты школьника либо справке 079 – У. Кроме того, я допускаю внесение изменений в лечебный процесс, если лечащий врач считает это необходимым.

Я доверяю медицинским работникам выполнение исследований, вмешательств и лучевых исследований, если таковое будет продиктовано медицинской необходимостью и целесообразностью и выполнено в соответствии с действующими стандартами и правилами.

Я даю согласие на проведение, при необходимости, госпитализации ребенка, по медицинским показаниям, в лечебные учреждения, находящиеся за пределами ДОЛ КД «Зори Анапы».

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие, посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес ДОЛ КД «Зори Анапы» по почте заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручен лично под расписку представителю здравницы.

При заболевании и госпитализации моего ребенка в лечебные учреждения прошу вас проинформировать меня по следующим контактными данным: _____
(номер телефона)

Прочим лицам информацию о состоянии здоровья ребенка не предоставлять.

Родитель (законный представитель):

(подпись)

(ФИО)

« _____ » _____ 2022 г.