

**ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ
НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО –
САНИТАРНОЙ, НЕОТЛОЖНОЙ И СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ПЕРИОД
ПРЕБЫВАНИЯ В ОЗДОРОВИТЕЛЬНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ**

Я, _____
(Ф.И.О. одного из родителей или законного представителя)

« _____ » _____ года рождения, проживающий по адресу: _____

(контактный телефон)

Паспорт серия _____ № _____ Выдан _____

даю информированное добровольное согласие на проведение медицинских вмешательств моему ребёнку:

(Ф.И.О. ребёнка, от имени которого, выступает родитель или законный представитель)

« _____ » _____ года рождения, чьим законным представителем я являюсь, проживающего по адресу _____

(фактический адрес проживания ребёнка)

при оказании первичной медико-санитарной, неотложной и скорой медицинской помощи в оздоровительной организации ДСОЛ «Планета» согласно следующего перечня:

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация.
3. Антропометрические исследования, спирометрия, динамометрия.
4. Термометрия.
5. Тонометрия.
6. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций.
7. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций.
8. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).
9. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутривожно.
10. Медицинский массаж по назначению врача.
11. Лечебная физкультура.

Я ознакомлен с перечнем видов медицинских вмешательств, на которые даю информированное добровольное согласие для получения первичной медико-санитарной помощи в доступной для меня форме, а также уведомлён 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 ребёнку решение об объёме и виде медицинского вмешательства определяют врачи медицинской организации, в которую направлен ребёнок.

В доступной для меня форме мне даны разъяснения о целях, порядке оказания медицинской помощи.

Информированное добровольное согласие действительно на срок пребывания ребёнка в оздоровительной организации с « _____ » _____ 20 ____ г. до « _____ » _____ 20 ____ г.

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

« _____ » _____ 20 ____ г.
Дата оформления добровольного информированного согласия