

**Информированное добровольное
согласие на медицинское вмешательство**

Я, _____,
(ФИО родителя или законного представителя, дата рождения)

паспорт _____, выдан _____
(серия, номер) (когда, кем)

_____ (в случае опекуинства / попечительства указать
реквизиты документа, на основании которого осуществляется опека или попечительство)

зарегистрированный по адресу: _____

_____ (адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

проживающий по адресу: _____
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении _____

_____ (фамилия, имя, отчество ребенка, дата рождения при подписании согласия законным представителем)

проживающего по адресу: _____

_____ (в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств по прибытии и убытии
ребёнка в ДОЛ:

- Опрос (в том числе выявление жалоб на состояние),
- Осмотр (на сыпь, педикулёз),
- Антропометрия (рост, вес),
- Термометрия,
- Медицинский массаж,
- Лечебная физкультура,

включенные в [Перечень](#) определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н, для получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь в Детском оздоровительном лагере «Лазуревый берег» Общества с ограниченной ответственностью «Лазуревый берег» 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. 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. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации". Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с [пунктом 5 части 5 статьи 19](#) Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии лица, законным представителем которого я являюсь

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

_____ (подпись)

_____ (фамилия, имя, отчество родителя, законного представителя, телефон)

"__" _____ 2025 г.
(дата оформления)

**Информированное добровольное
согласие на медицинское вмешательство**

Я, _____,
(ФИО родителя или законного представителя)

паспорт _____, выдан _____
(серия, номер) (когда, кем)

_____ (в случае опекунства / попечительства указать реквизиты документа,
на основании которого осуществляется опека или попечительство)

_____ (адрес)
уведомлён о «Порядке дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и
отказа от медицинского вмешательства в отношении определённых видов медицинских вмешательств»,
утверждённого Приказом Минздрава России от 12.11.2021 г. за № 1051н.

Однако, в связи с тем, что я не имею усиленной квалифицированной электронной подписи или простой
электронной подписи и/или регистрации на сайте госуслуг для использования единой системы идентификации
и аутентификации (ЕСИА) в связи с чем не смогу сформировать информированное добровольное согласие в
форме электронного документа, подписанного мною в отношении _____

_____ (фамилия, имя, отчество ребенка дата рождения при подписании согласия законным представителем)
проживающего по адресу: _____

_____ (в случае проживания не по месту жительства законного представителя)
даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств
включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на
которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе
врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной
помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального
развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н, для получения первичной
медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь
в Детском оздоровительном лагере «Лазуревый берег» Общества с ограниченной ответственностью
«Лазуревый берег» 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.

Я даю согласие на организацию оздоровительного и лечебного процесса, в соответствии с лицензией
ДОЛ «Лазуревый берег» 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 «Лазуревый берег».

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие, посредством составления соответствующего
письменного документа, который может быть направлен мной в адрес ДОЛ «Лазуревый берег» 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 и электронной почты, социальной сети и т.п.)

Прочим лицам информацию о состоянии здоровья ребенка не предоставлять.

_____ (подпись)

_____ (фамилия, имя, отчество родителя, законного представителя)

" ____ " _____ 2025 г.
(дата оформления)