

информированное добровольное согласие

Я, \_\_\_\_\_  
Ф.И.О. гражданина, одного из родителей, иного законного представителя ребёнка  
паспорт \_\_\_\_\_, прож. по адресу:  
серия, номер, кем и когда выдан \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ адрес гражданина, одного из родителей, иного законного представителя, телефон  
даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включённых в Перечень определённых видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утверждённый приказом Минздравсоцразвития России от 23 апреля 2012 г. № 390н (зарегистрирован Минюстом России 5 мая 2012 г. № 24082), при оказании моему ребёнку, лицу, чьим законным представителем я являюсь

\_\_\_\_\_ Ф.И.О. ребёнка, лица, от имени которого выступает законный представитель  
« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ года рождения, проживающего по адресу:

\_\_\_\_\_ адрес ребёнка, лица, от имени которого, выступает законный представитель  
первичной медико-санитарной помощи в ДОЛ «Волна» ООО «ДОЛ «Волна» медработником детского лагеря и медицинской организации, с которой ООО «ДОЛ «Волна» заключило договор на оказание медицинской помощи, а также лечебном учреждении, в которое ребёнок может быть направлен по медицинским показаниям в период нахождения в ДОЛ «Волна», включая опрос, в том числе, выявление жалоб, сбор анамнеза; осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, антропометрические исследования; 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; биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические, различных биологических сред организма; функциональные методы обследования, в том числе, электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, реоэнцефалография, электроэнцефалография; рентгенологические методы обследования, и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования, введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикжно; медицинский массаж; лечебная физкультура.

Я ознакомлен/а с Перечнем видов медицинских вмешательств, мне доступна информация о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи. Мне понятно, что при оформлении настоящего добровольного информированного согласия, а также перед осуществлением медицинского вмешательства, включенного в Перечень видов медицинских вмешательств, я имею право отказаться от одного, нескольких или всех вышеуказанных видов медицинского вмешательства.

Я осведомлен/а о необходимости информирования врача и иного медицинского персонала обо всех проблемах, связанных со здоровьем моего ребёнка, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных им и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на ребёнка во время жизнедеятельности, о принимаемых им лекарственных средствах. Я сообщил/а правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении моим ребёнком алкоголя, наркотических и токсических средств, курении. Я подтверждаю, что мною предоставлена полная информация и все документы (копии документов), касающиеся состояния здоровья моего ребёнка, которыми я располагаю и которые требуются оздоровительной организацией, если эта информация и документы могут повлиять на качество оказываемых моему ребёнку (лицу, чьим законным представителем я являюсь) услуг.

\_\_\_\_\_ подпись, \_\_\_\_\_ Ф.И.О. одного из родителей, иного законного представителя, телефон

\_\_\_\_\_ подпись, \_\_\_\_\_ Ф.И.О. медицинского работника ДОЛ  
« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201 \_\_\_\_\_ г.