**Информированное добровольное согласие**

на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые

 граждане дают информированное добровольное согласие для получения первичной медико-санитарной помощи

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ « » г. рождения

Проживающий по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г.р.

(Ф.И.О. ребенка – полностью, дата рождения)

В соответствии со ст.20 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан РФ» от 21.11.2011г. № 323-ФЗ в случае возникновения у моего ребенка неотложного заболевания или обострения хронического заболевания

* добровольно соглашаюсь на оказания медицинской помощи моего ребенку медицинским работником оздоровительного лагеря;
* добровольно соглашаюсь на осуществление моему ребенку консультации специалистами в сопровождении работника летнего оздоровительного лагеря\*;
* добровольно соглашаюсь на экстренную госпитализацию моего ребенка по решению медицинских работников летнего оздоровительного лагеря\*

\* *ГУЗ “Заокская центральная районная больница”*,  *ДГКБ имени Н.Ф.Филатова.*

Я информирован(а) о неблагоприятных эффектах, возможных при оказании медицинской помощи, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью моему ребенку.

Я поставил(а) работников о/л в известность обо всех проблемах, связанных со здоровьем моего ребенка, в т.ч. об аллергических реакциях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, о перенесенных травмах, операциях, заболеваниях, принимаемых лекарственных препаратах.

|  |  |
| --- | --- |
| Наблюдается ли ребенок по поводу какого-либо заболевания? Какого? |  |
| Нуждается ли ребенок в постоянном приеме лекарственных препаратов? Каких? |  |
| Если ли у ребенка лекарственная аллергия? На какие препараты? |  |
| Есть ли у ребенка непереносимость продуктов питания? Каких? |  |
| Есть ли у ребенка противопоказания для занятий спортом? |  |
| Другие сведения, заслуживающие внимания |  |

Разрешаю в случае необходимости решения вопросов, связанных со здоровьем моего ребенка, сообщать по телефонам:

|  |  |
| --- | --- |
| Телефон | Ф.И.О. законного представителя ребенка, родственника |
|  |  |
|  |  |

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, несу полную ответственность за достоверность и полноту представленной информации о моем ребенке.

Законный представитель ребенка\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

 *Ф.И.О.* *Подпись*

Медицинский работник \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

  *Ф.И.О.* *Подпись*

 «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_\_\_г.