**Информированное добровольное**

**согласие на медицинское вмешательство**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество родителя, законного представителя)

проживающий(ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

родитель (законный представитель) несовершеннолетнего: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (ФИО, 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 «Буревестник» 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 «Буревестник».

 Я оставляю за собой право отозвать свое согласие, посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес ДОЛ «Буревестник» 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 контактным данным: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 (номер телефона)

Прочим лицам информацию о состоянии здоровья ребенка не предоставлять**.**

Родитель (законный представитель):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (ФИО)

 «\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2024 г.