

ДЕТСКИЙ ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫЙ ЛАГЕРЬ
ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА МЕДИЦИНСКИЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА/ДЕЙСТВИЯ

Я, _____
(Ф.И.О. законного представителя ребенка или Ф.И.О. ребенка 15 лет и старше)
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка

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

Настоящим доверяю коллективу ДОЛ «ЖЕМЧУЖИНА МОЛОГИ»/ ДОЛ «ИСКРА» (нужное подчеркнуть) и

В соответствии с Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 23.04.2012 г. № 390н "Об утверждении Перечня определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи" в случае возникновения у моего ребенка травмы или заболевания:

- **Добровольно соглашаюсь** на проведение моему ребенку (мне) необходимых медицинских вмешательств: опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза; осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия; антропометрическое исследование; термометрия; тонометрия; неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций; неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций; исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы);
- Добровольно соглашаюсь на оказание экстренной, неотложной медицинской помощи моему ребенку (мне) медицинским работником оздоровительного лагеря.
- Добровольно соглашаюсь на осуществление моему ребенку (мне) консультации специалистами в сопровождении работника оздоровительного лагеря.
- Добровольно соглашаюсь на экстренную госпитализацию моего ребенка по решению медицинских работников оздоровительного лагеря.
- Добровольно соглашаюсь на введение лекарственных препаратов по назначению медицинского работника, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутривенно.
- Добровольно соглашаюсь на введение противоклещевого иммуноглобулина (при укусе клеща), антирабической сыворотки (при укусе животными с подтвержденным или предполагаемым бешенством), антизмеиную сыворотку (при укусе змей) по назначению врача.

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

Я поставил(а) работников оздоровительного лагеря в известность обо всех проблемах, связанных со здоровьем моего ребенка (моим здоровьем), в т.ч. об аллергических реакциях, 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?	
Есть ли у ребенка лекарственная аллергия? На какие препараты?	
Есть ли у ребенка непереносимость продуктов питания (аллергия)? Каких?	
Есть ли у ребенка противопоказания для занятий спортом?	
Другие сведения, заслуживающие внимания?	

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

телефон	Ф.И.О. законного представителя ребенка, родственника

Содержание настоящего документа мною прочитано, оно полностью мне понятно, что я и удостоверяю своей подписью.

Ф.И.О. и подпись _____

Дата «___» _____ 20__ года.