**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство**  
**в период организованного отдыха несовершеннолетнего в**   
 **загородном оздоровительном лагере «Хрусталек»**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
 *(Ф.И.О. законного представителя несовершеннолетнего)*  
«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года рождения, проживающего по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)  
 *(адрес места жительства законного представителя несовершеннолетнего)*

Даю информированное добровольное согласие на период организованного отдыха несовершеннолетнего на медицинское вмешательство для получения первичной медико-санитарной помощи, неотложной и скорой медицинской помощи в оздоровительной и медицинской организации, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390 н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082) (далее - Перечень), предложенное несовершеннолетнему, чьим законным представителем я являюсь

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

*(Ф.И.О., дата рождения несовершеннолетнего)*

проживающего по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

в загородном оздоровительном « Хрусталек».

Я ознакомлен(а) с перечнем (Приложение 1) видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие для получения первичной медико-санитарной помощи в доступной для меня форме, а так же уведомлен в том, что при оказании **неотложной и скорой** медицинской помощи я буду информирован по указанному выше телефону. В случае невозможности связаться со мной и при возникновении угрозы жизнимоему ребенку решение об объеме и виде медицинского вмешательства определяет врач оздоровительной организации.

В случае моего отсутствия уполномочиваю присутствовать при оказании медицинской помощи моему ребенку, чьим законным представителем я являюсь, медицинскому работнику оздоровительной организации.

Мне в доступной форме 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.

Медицинское вмешательство:

-оказание медицинской помощи в связи с возникшим заболеванием: сбор анамнеза и медицинский осмотр несовершеннолетнего;

-оказание первичной медико-санитарной помощи в экстренной и неотложной форме, осуществляемой в условиях медицинского пункта организации отдыха и оздоровления либо в медицинской организации.

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство не означает освобождение исполнителя медицинских услуг за их ненадлежащее исполнение.Мне разъяснено, что я имею право отказаться от согласия на медицинское вмешательство несовершеннолетнему (включенных в Перечень) за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации,2011, N 48, ст. 6724; 2012, N 26, ст. 3442, 3446).

Информированное добровольное согласие действительно на срок пребывания ребенка в оздоровительном лагере с «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г. до «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Подпись, Ф.И.О. одного из родителей, опекуна, попечителя, иного законного представителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись, Ф.И.О. уполномоченного лица оздоровительного лагеря или медицинского работника   
«\_\_\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_\_\_г.  
Дата оформления добровольного информированного согласия