

**Информированное добровольное согласие
на виды медицинских вмешательств, включённые в Перечень определённых
видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное
согласие для получения первично медико-санитарной помощи**

Я,

(Ф.И.О. законного представителя несовершеннолетнего)

выдан (дата) (дата рождения, серия и номер паспорта, код подразделения)
(кем)

тел. № , зарегистрированный (проживающий) по адресу:

(адрес регистрации или фактический адрес проживания законного представителя несовершеннолетнего)

являясь законным представителем несовершеннолетнего:

(далее – Ребенок),

(Ф.И.О. несовершеннолетнего и дата рождения)

проживающего по адресу:

(фактический адрес проживания Ребенка)

свидетельство о рождении (серия, номер)

выдано

(дата, кем выдано)

Даю информированное добровольное согласие на следующие виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (далее – Перечень) для получения первичной медико-санитарной помощи Ребенком:

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия.
3. Антропометрические исследования, спирометрия, динамометрия.
4. Термометрия.
5. Тонометрия
6. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций.
7. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций.
8. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).
9. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические.

10. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, реоэнцефалография, электроэнцефалография.

11. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования.

12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутривенно по неотложным показаниям.

В доступной для меня форме мне 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 Ребенку.

Я уведомлен о том, что при оказании **экстренной и неотложной помощи** я буду информирован по указанному выше телефону.

Я обязуюсь, при необходимости, самостоятельно забрать Ребенка из детского оздоровительного лагеря «Золотая Долина» (далее - ДОЛ) в течение 4 (четырёх) часов.

При невозможности связаться со мной по указанному телефону или в случае невозможности самостоятельно забрать Ребенка из ДОЛ, решение вопроса об объёме и виде медицинских вмешательств определяют врачи ДОЛ и медицинские организации.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, 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».

С требованиями направления детей в ДОЛ ознакомлен и подтверждаю, что Ребенок не имеет ограничений по состоянию здоровья и медицинских противопоказаний для пребывания в них.

Информированное добровольное согласие действительно 1 (один) год с момента его выдачи.

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии здоровья Ребенка.

(Ф.И.О. лиц, их контактный телефон)

_____/_____
(подпись) (Ф.И.О. законного представителя Ребенка)

(подпись) (Ф.И.О. медицинского работника)

« » 2025 г.
(дата оформления информированного добровольного согласия)