Информированное добровольное согласие на медицинские вмешательства для получения первичной медико-санитарной помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи в период пребывания в палаточном лагере ВПЛ «Авангард» на базе ООК «Звездный»

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

*(Ф.И.О., одного из родителей, законного представителя)*

дата рождения: "\_\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г., проживающий(-ая) по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Контактный сотовый телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Даю информированное добровольное согласие на медицинские вмешательства моему ребенку\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Ф.И.О., ребенка, дата рождения)*

чьим законным представителем я являюсь, при оказании первичной медико-санитарной помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи (в соответствии с приказом  Минздрава России от 05.11.2013 № 822-н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи несовершеннолетним, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных организациях» в рамках отдыха и оздоровления в палаточном лагере ВПЛ «Авангард» на базе ООК «Звездный» (по адресу: Липецкая область, Добровский район, с.Горицы). Я ознакомлен с перечнем видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие для получение первичной медико-санитарной помощи в доступной для меня форме, а также уведомлен в том, что при оказании скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи я буду информирован по вышеуказанному телефону. В случае невозможности связаться со мной и при возникновении угрозы жизни моему ребенку решение об объеме и виде медицинского вмешательства определяют врачи медицинской организации. В доступной для меня форме мне даны разъяснения о целях, порядке оказания первичной медико-санитарной помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи. В случае моего отсутствия уполномочиваю присутствовать при оказании медицинской помощи моему ребенку, чьим законным представителем я являюсь, медицинскому работнику \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Информированное добровольное согласие действительно на срок пребывания ребенка в палаточном лагере ВПЛ «Авангард» на базе ООК «Звездный» с « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2025 г. по «\_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2025 г.

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

Подпись *(Ф.И.О., одного из родителей, законного представителя)*

«\_\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2025 год.

Дата оформления информированного добровольного согласия