**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ**

**НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО**

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

(Ф.И.О. гражданина или одного из родителей, иного законного представителя)

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_ года рождения, проживающий (ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

добровольно даю информированное согласие на оказание первичной медико-санитарной помощи моему ребенку, лицу, чьим законным представителем я являюсь \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. лица, которому будет оказана медицинская помощь)

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ года рождения, адрес места жительства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

в медицинском пункте лагеря медицинским работником, назначенным приказом по компании, являющейся туроператором данного тура, следующих видов медицинских вмешательств, утвержденных Приказом Минздравсоцразвития России от 23 апреля 2012 года № 390н, а именно:

* опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза;
* осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, отоскопия;
* антропометрические исследования;
* термометрия;
* тонометрия;
* введение лекарственных препаратов по назначению врача.

Я поставлен(а) в известность о том, что мой ребенок (лицо, чьим законным представителем я являюсь) при наличии медицинских показаний будет доставлен в ближайшую к месту проведения программы медицинскую организацию для уточнения состояния здоровья и (или) оказания специализированной медицинской помощи.

Мне разъяснено, что в случае направления ребенка (лица, чьим законным представителем я являюсь) на стационарное лечение я буду проинформирован(а) об этом медицинским работником, либо законным представителем.

Я добровольно даю информированное согласие на оказание первичной медико-санитарной помощи моему ребенку.

Сведение о состоянии здоровье моего ребенка указаны в предоставляемой справке по форме 079У.

В случае моего отсутствия уполномочиваю присутствовать при оказании медицинской помощи моему ребенку (лицу, чьи интересы я представляю) медицинского работника, либо руководителя группы, назначенных приказом по компании, являющейся туроператором данного тура.

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ г. *Дата оформления информированного добровольного согласия*

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

подпись, Ф.И.О. гражданина/одного из родителей/иной законный представитель