

## Информированное добровольное согласие на проведение медицинских вмешательств

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.)

являясь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка

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

даю информированное добровольное согласие на проведение медицинских вмешательств моему ребенку на весь период пребывания лагере с дневным пребыванием на базе Муниципального бюджетного общеобразовательного учреждения «Гимназия №19» (далее "Лагерь"), в том числе санитарно-гигиенических, противоэпидемических, лечебно-профилактических и оздоровительных мероприятий, направленных на охрану здоровья и жизни ребёнка, включающих:

- осмотр, в том числе термометрию, тонометрию, пальпацию, неинвазивные исследования органа зрения и слуха, функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы);
- опрос, в т.ч. выявление жалоб, сбор анамнеза заболевания;
- функциональные методы обследования, в т.ч. электрокардиография, УЗИ.
- проведение экстренных мероприятий при неотложных состояниях ребенка, включая введение препаратов (подкожно, внутримышечно, внутривенно)

В соответствии со ст.20 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан РФ» от 21.11.2011г. № 323-ФЗ в случае возникновения у моего ребенка неотложного состояния или обострения хронического заболевания

- добровольно соглашаюсь на оказание медицинской помощи моему ребенку медицинским работником Лагеря;
- добровольно соглашаюсь на осуществление моему ребенку консультации специалистов в сопровождении работника Лагеря;
- добровольно соглашаюсь на экстренную госпитализацию моего ребенка по решению медицинских работников Лагеря.

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

Я поставил(а) работников Лагеря в известность обо всех проблемах, связанных со здоровьем моего ребенка, в т.ч. об аллергических реакциях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, о перенесенных травмах, операциях, заболеваниях, принимаемых лекарственных препаратах.

Для предотвращения неблагоприятных ситуаций сообщаю следующие сведения:

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? Каких?	
Есть ли у ребенка противопоказания для занятий спортом?	
Другие сведения, заслуживающие внимания	

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

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

Я, \_\_\_\_\_  
несу полную ответственность за достоверность и полноту представленной информации о моем ребенке.

Законный представитель ребенка

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

подпись /Ф.И.О.

Дата \_\_\_\_\_