

Информированное добровольное согласие на медицинские вмешательства для получения первичной медико-санитарной, неотложной и скорой медицинской помощи в период пребывания в спортивно – оздоровительном лагере «Салют»

Я, \_\_\_\_\_,  
(Ф.И.О. одного из родителей, опекуна, попечителя, иного законного представителя) \_\_\_\_\_ (дата рождения)  
проживающий(-ая) по адресу: \_\_\_\_\_

(адрес одного из родителей, опекуна, попечителя, иного законного представителя)  
\_\_\_\_\_ даю добровольное информированное согласие на проведение  
(контактный телефон)

медицинских вмешательств моему ребенку \_\_\_\_\_,  
(Ф.И.О. ребенка, от имени которого, выступает законный представитель)

\_\_\_\_\_, чьим законным представителем я являюсь, проживающего по адресу: \_\_\_\_\_  
(дата рождения)

\_\_\_\_\_ при оказании первичной медико-санитарной,  
(фактический адрес проживания ребенка)

неотложной и скорой медицинской помощи в оздоровительной и медицинской организации. Я ознакомлен с перечнем 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 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 медицинской помощи. В случае моего отсутствия уполномочиваю присутствовать при оказании медицинской помощи моему ребенку, чьим законным представителем я являюсь, медицинскому работнику оздоровительной организации.

Информированное добровольное согласие действительно на срок пребывания ребенка в оздоровительной организации с « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г. до « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
(Подпись) \_\_\_\_\_ (Ф.И.О. одного из родителей, опекуна, попечителя, иного законного представителя)

\_\_\_\_\_  
(Подпись) \_\_\_\_\_ (Ф.И.О. уполномоченного лица оздоровительной организации)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.  
(Дата оформления добровольного информированного согласия)

Информированное добровольное согласие на медицинские вмешательства для получения первичной медико-санитарной, неотложной и скорой медицинской помощи в период пребывания в спортивно – оздоровительном лагере «Салют»

Я, \_\_\_\_\_,  
(Ф.И.О. одного из родителей, опекуна, попечителя, иного законного представителя) \_\_\_\_\_ (дата рождения)  
проживающий(-ая) по адресу: \_\_\_\_\_

(адрес одного из родителей, опекуна, попечителя, иного законного представителя)  
\_\_\_\_\_ даю добровольное информированное согласие на проведение  
(контактный телефон)

медицинских вмешательств моему ребенку \_\_\_\_\_,  
(Ф.И.О. ребенка, от имени которого, выступает законный представитель)

\_\_\_\_\_, чьим законным представителем я являюсь, проживающего по адресу: \_\_\_\_\_  
(дата рождения)

\_\_\_\_\_ при оказании первичной медико-санитарной,  
(фактический адрес проживания ребенка)

неотложной и скорой медицинской помощи в оздоровительной и медицинской организации. Я ознакомлен с перечнем 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 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 медицинской помощи. В случае моего отсутствия уполномочиваю присутствовать при оказании медицинской помощи моему ребенку, чьим законным представителем я являюсь, медицинскому работнику оздоровительной организации.

Информированное добровольное согласие действительно на срок пребывания ребенка в оздоровительной организации с « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г. до « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
(Подпись) \_\_\_\_\_ (Ф.И.О. одного из родителей, опекуна, попечителя, иного законного представителя)

\_\_\_\_\_  
(Подпись) \_\_\_\_\_ (Ф.И.О. уполномоченного лица оздоровительной организации)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.  
(Дата оформления добровольного информированного согласия)