Приложение № 2

**Информированное добровольное согласие на медицинские вмешательства**

**для получения первичной медико-санитарной, неотложной и скорой медицинской помощи в период пребывания в оздоровительной организации**

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

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

**(адрес одного из родителей, опекуна, попечителя, иного законного представителя)**

контактный телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Даю добровольное информированное согласие на проведение медицинских вмешательств моему ребенку

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

**(Ф.И.О. ребенка, от имени которого выступает законный представитель)**

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года рождения, чьим законным представителем я являюсь, проживающего по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**(фактический адрес проживания ребенка)**

при оказании первичной медико-санитарной, 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 также 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.

**История здоровья ребенка (заполняется родителем):**

Если у Вашего ребенка в настоящее время имеется заболевание или он лечился когда- либо от любых из этих заболеваний:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Да | Нет | Заболевание | Пояснения |
|  |  | Сахарный диабет |  |
|  |  | Гипертония (высокое кровяное давление) |  |
|  |  | Любые операции на сердце или процедуры (Отметьте в пояснении что именно) |  |
|  |  | Аллергия (Указать на что) |  |
|  |  | Бронхиальная астма |  |
|  |  | Респираторные заболевания |  |
|  |  | Хронические заболевания легких |  |
|  |  | Заболевания глаз, ушей, носа |  |
|  |  | Проблемы мышц или костей |  |
|  |  | Травма головы/ сотрясение мозга |  |
|  |  | Боязнь высоты |  |
|  |  | Психические/ эмоциональные расстройства |  |
|  |  | Поведенческие/неврологические расстройства |  |
|  |  | Плохая свертываемость крови |  |
|  |  | Проблемы ЖКТ |  |
|  |  | Энурез |  |

«\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**(дата оформления добровольного информированного согласия) (подпись/расшифровка)**