Приложение № 1

к договору купли-продажи путевки в ДОЛ «Озерки»

№ 760.05. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_\_г.

# 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

« » г. рождения, 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 в соответствии с требованиями ст.20 ФЗ №323от 21.11.2011г «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»

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

« » законным представителем я являюсь,

г. рождения, чьим

проживающего по адресу:

фактический адрес проживания ребенка

при оказании **первичной медико-санитарной, неотложной и скорой медицинской помощи** в детском оздоровительном лагере «Озерки» АО «ВОМЗ».

Я ознакомлен с перечнем видов медицинских вмешательств, утвержденных Приказом Минздрава РФ 390-4 от 23.04.2012г., 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

# Перечень

**видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при получении первичной медико-санитарной помощи**

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация.
3. Антропометрические исследования, спирометрия, динамометрия.
4. Термометрия.
5. Тонометрия.
6. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций.
7. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций.
8. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).
9. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические.
10. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография.
11. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования.
12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно.