



УТВЕРЖДЕНО
приказом ДОЛ им. О. Кошевого
ООО «Каменскийимволокно»
№ 4 от 01.03.2024 г.

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество родителя либо законного представителя)

проживающий по адресу: _____

_____ (адрес регистрации родителя либо законного представителя)

В отношении _____
(фамилия, имя, отчество ребёнка при подписании согласия законным представителем)

_____ г. рождения, проживающего по адресу: _____
(дата рождения ребёнка)

_____ (адрес регистрации ребёнка)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н1 (далее - виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь в детский оздоровительный лагерь имени Олега Кошевого Общества с ограниченной ответственностью «Каменскийимволокно» медицинским работником детского оздоровительного лагеря им. О. Кошевого.

В доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии здоровья лица, законным представителем которого я являюсь (, в том числе после смерти:

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

_____ (подпись) _____ (фамилия, имя, отчество гражданина или его законного представителя, телефон)

_____ (подпись) _____ (фамилия, имя, отчество медицинского работника)

«___» _____ г.
(дата оформления)