

ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

Я, _____
(Ф.И.О. одного из родителей (законного представителя))
« ____ » _____ года рождения, проживающий (ая) по адресу: _____

Телефон: _____ - _____
добровольно даю согласие на оказание медицинской помощи моему ребенку, лицу, чьим законным представителем я являюсь (ненужное зачеркнуть) _____

(Ф.И.О. лица, которому будет оказана медицинская помощь)
« ____ » _____ года рождения, адрес места жительства: _____

в медицинском пункте лагеря медицинским работником, назначенным приказом директора, следующих видов медицинских вмешательств, утвержденных Приказом Минздравсоцразвития России от 23 апреля 2012 года № 390н, а именно:

- опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза;
- осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, фарингоскопия;
- антропометрические исследования;
- термометрия;
- исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы);
- введение лекарственных препаратов по назначению врача.

Я поставлен(а) в известность о том, что мой ребенок (лицо, чьим законным представителем я являюсь) при наличии медицинских показаний будет доставлен в ближайшую медицинскую организацию для уточнения состояния здоровья и (или) оказания специализированной медицинской помощи в сопровождении мед.работника, либо сотрудника лагеря транспортом АНООО «Детский лагерь «ОКЕАН».

Мне разъяснено, что в случае направления ребенка (лица, чьим законным представителем я являюсь) на стационарное лечение я буду проинформирован(а) об этом медицинским работником, либо администрацией лагеря.

Я добровольно даю согласие на оказание медицинской помощи моему ребенку, лицу, чьим законным представителем я являюсь (ненужное зачеркнуть) в данной медицинской организации следующих видов медицинских вмешательств, утвержденных Приказом Минздравсоцразвития России от 23 апреля 2012 года № 390н, а именно:

- опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза;
- осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, фарингоскопия;
- антропометрические исследования;
- термометрия;
- исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы);
- лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические;
- функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, рэоэнцефалография, электроэнцефалография;
- рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования;
- введение лекарственных препаратов по назначению врача.

Я поставил(а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем моего ребенка/лица, чьи интересы я представляю, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных моим ребенком/лицом, чьи интересы я представляю и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, о принимаемых лекарственных средствах. Мне разъяснено, что при оформлении настоящего добровольного согласия, я имею право отказаться от одного или нескольких вышеуказанных видов медицинского вмешательства.

В случае моего отсутствия уполномочиваю присутствовать при оказании медицинской помощи моему ребенку (лицу, чьи интересы я представляю) медицинского работника, либо сотрудника лагеря, назначенных приказом, транспортом АНООО «Детский лагерь «ОКЕАН».

« ____ » _____ 2022 г.
Дата оформления добровольного согласия

_____/_____/_____
подпись, Ф.И.О.
одного из родителей/иной законный представитель/