

Директору ГАУ ДО ТО «РЦДППВ «Аванпост»
Н.Ю. Савченко

от _____
фамилия родителя

имя родителя

отчество родителя

проживающего (ей) по адресу:

ТЕЛ. _____

**Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенных в перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санаторной помощи
(возраст обучающегося до 15 лет)**

Я, _____
(Ф.И.О. одного из родителей, опекуна, попечителя, иного законного представителя)

« ____ » _____ г.р., проживающий (-ая) по адресу: _____

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

(контактный телефон одного из родителей, опекуна, попечителя, иного законного представителя)

Даю добровольное информированное согласие на проведение медицинских вмешательств моему ребенку

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

« ____ » _____ г.р., чьим законным представителем я являюсь, проживающего по адресу:

(фактический адрес проживания ребенка)

при оказании первичной медико-санаторной, 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 в виде медицинско-го вмешательства определяют врачи медицинской организации. В доступной для меня форме мне даны разъяснения о целях, порядке организации медицинской помощи.

В случае моего отсутствия уполномочиваю присутствовать при оказании медицинской помощи моему ребенку, чьим законным представителем я являюсь, медицинскому работнику _____ (название организации).

Информированное добровольное согласие действительно на срок пребывания ребенка в _____ (название организации)

с « ____ » _____ 2020 по « ____ » _____ 202_ г.

(подпись)

Ф.И.О. одного из родителей, опекуна, попечителя, иного законного представителя)

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

« ____ » _____ 2020г.
(дата оформления добровольного информированного согласия)