

Информированное добровольное согласие для получения первичной медико-санитарной помощи в ОГБУДО «Центр одаренных детей «Гелиос», лагерь «Солнечный»

Я, _____

(фамилия, имя, отчество полностью)

являюсь законным представителем ребенка: _____

(Ф.И.О. ребенка полностью, дата рождения)

проживающий(ая) по адресу: _____

контактный телефон _____

в соответствии со ст. 20 Федерального закона № 323-ФЗ от 21.11.2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» добровольно даю информированное добровольное согласие на выполнение медицинских вмешательств мне (представляемому), в том числе на опрос, выявление жалоб, сбор анамнеза, осмотр (пальпация, перкуссия, аускультация), антропометрические исследования, термометрию, тонометрию, а также на лечебные мероприятия, манипуляции и процедуры по назначению врача, в том числе введение лекарственных препаратов внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно для получения медицинской помощи в ОГБУДО «Центр одаренных детей «Гелиос», лагерь «Солнечный».

Я ознакомлен(а) с Перечнем видов медицинских вмешательств, в доступной для меня форме даны разъяснения о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях. А также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что при оформлении настоящего добровольного информированного согласия.

Сведения о выбранном законным представителем лице, которому в соответствии с пунктом 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 ребенка _____,

(Ф.И.О. ребенка полностью)

законным представителем которого я являюсь.

(Фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

Я согласен(на) на обработку своих (моего ребенка) персональных данных в целях и порядке, предусмотренных Федеральным законом РФ от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных».

Я утверждаю, что все интересующие меня вопросы мною заданы, все полученные ответы и разъяснения Врача мною поняты.

Я ознакомлен(а) и согласен(на) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты.

(подпись)

(Ф.И.О. родителя или законного представителя гражданина)

(подпись)

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

« ____ » _____ 20__ г.