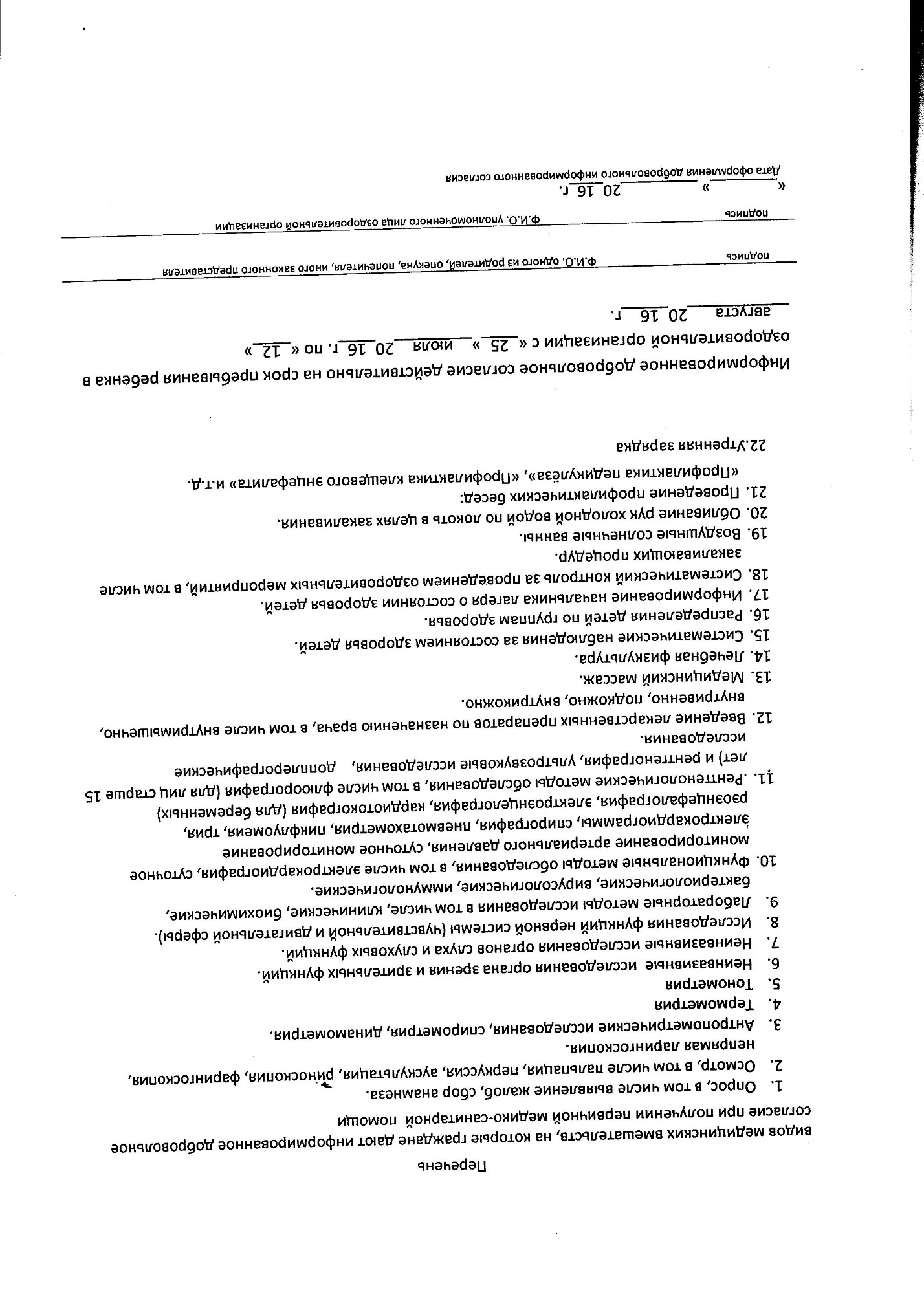
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | |  | | Приложение №3 | |
|  | | | | |  | | к приказу департамента | |
|  | | | | |  | | здравоохранения Тюменской области | |
|  | | | | |  | | «\_17 » января 2013г. № 22 | |
| **Информированное добровольное 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, 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 | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| Ф.И.О. ребенка, от имени которого, выступает законный представитель | | | | | | | | |
| «\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_г. рождения, чьим законным представителем я являюсь, | | | | | | | | |
| Проживающего по адресу: | | |  | | | | | |
|  | | | фактический адрес проживания ребенка | | | | | |
| При оказании первичной медико-санитарной, 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 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 «01»июня 2023г. по «22» июня 2023г. | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| подпись | | Ф.И.О. одного из родителей, опекуна, попечителя, иного законного представителя | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| подпись | | Ф.И.О. уполномоченного лица оздоровительной организации | | | | | | |
| «\_\_\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_2023г. | | | | | |
| Дата оформления добровольного информированного согласия | | | | | |



\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

подпись Ф.И.О. уполномоченного лица оздоровительной организации

« \_\_\_ » \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2023 г.

Дата оформления добровольного информированного согласия