

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, попечителя, 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 «____» ____ 20 ____ г. до «____» ____ 20 ____ г.

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

Подпись, Ф.И.О. уполномоченного лица оздоровительной организации

«____» ____ 20 ____ г.
Дата оформления добровольного информированного согласия