**Информированное добровольное согласие**

**на медицинские вмешательства для получения первичной медико-санитарной помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи в период пребывания в Детском оздоровительном лагере «Лесная застава**»

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

*(Ф.И.О., одного из родителей, законного представителя)*

 проживающий (-ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

контактный сотовый телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

даю информированное добровольное согласие на медицинские вмешательства моему ребенку \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Ф.И.О., ребенка, дата рождения)*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,* чьим законным представителем я являюсь, при оказании первичной медико-санитарной помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи (в соответствии с приказом Минздрава России от 13.06.2018 г. № 327-н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи несовершеннолетним в период оздоровления и организованного отдыха») в Детском оздоровительном лагере «Лесная застава».

Я ознакомлен с перечнем видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие для получение первичной медико-санитарной помощи в доступной для меня форме, а также уведомлен в том, что при оказании скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи я буду информирован по вышеуказанному 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 первичной медико-санитарной помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи.

В случае моего отсутствия уполномочиваю присутствовать при оказании медицинской помощи моему ребенку, чьим законным представителем я являюсь, медицинскому работнику ООО «Соц-Сервис» - Детского оздоровительного лагеря «Лесная застава». Информированное добровольное согласие действительно на срок пребывания ребенка в ДОЛ «Лесная застава» с «11» августа 2020 г. до «24» августа 2020 г.

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

Подпись *(Ф.И.О., одного из родителей, законного представителя)*

 «\_\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2020 год.

*Дата оформления информированного добровольного согласия*