

## Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, \_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя, отчество родителя (законного представителя) несовершеннолетнего  
являясь законным представителем несовершеннолетнего \_\_\_\_\_

(фамилия,

\_\_\_\_\_, проживающего по адресу: \_\_\_\_\_  
имя, отчество несовершеннолетнего, дата рождения)

\_\_\_\_\_  
(адрес места жительства несовершеннолетнего)

на основании ст.20 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об охране здоровья граждан» даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медикосанитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (далее — Перечень), в том числе, но не ограничиваясь, оказание неотложной и экстренной медицинской помощи, медицинский осмотр педиатром, измерение роста и массы, артериального давления, термометрия, проверка наличия признаков инфекционных заболеваний, лицом, законным представителем которого я являюсь, в детском лагере «КОМПЬЮТЕРИЯ» (ООО «Туроператор Тверской»).

В доступной для меня форме мне даны разъяснения о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ним риске, возможных вариантах медицинского вмешательства и его последствиях.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». В случае отказа от предложенного медицинского вмешательства ответственность за здоровье ребенка несет его родитель или законный представитель (ст.ст. 63, 64, 65 Семейного кодекса Российской Федерации).

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 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 лица, законным представителем которого я являюсь

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. выбранного лица, контактный телефон)

Я подтверждаю своей подписью, что прочитал(а) и понял(а) все вышеизложенное.

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202\_ г. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_