

Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств

Я, _____
(Ф.И.О. гражданина)
« ____ » _____ года рождения, зарегистрированный по адресу:

Законный представитель (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель - подчеркнуть)

(Ф.И.О. несовершеннолетнего до 15 лет, несовершеннолетнего в возрасте старше 15 лет)
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 года №390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 года №24082) (далее - Перечень), для получения первичной медикосанитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в Детском санаторно-оздоровительном лагерь круглогодичного действия «Байкальский бор» (далее ДСОЛ КД). В случае необходимости при возникновении неотложной ситуации я даю согласие на проведение:

1. Анестезиологического пособия;
2. Пункции суставов и внутрисуставное введение лекарственных средств;
3. Закрытую репозицию при переломах;
4. Промывание желудка;
5. Очистительную и лечебную клизму;
6. Обработку ран и наложение повязок, швов;
7. Хирургическое лечение гнойно-некротических процессов;
8. Оказание гинекологической и урологической помощи;
9. Оказание наркологической и психиатрической помощи, включая стационарную, в учреждениях здравоохранения, имеющих лицензию на оказание медицинской помощи по данным видам деятельности;
10. Госпитализацию по медицинским показаниям в лечебные учреждения, находящиеся за пределами ДСОЛ КД.

Я также даю согласие на обработку необходимых персональных данных в объеме и способами, указанными в п.1.3 ст.11 Федерального Закона № 152-ФЗ «О персональных данных». Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие субъекта персональных данных: фамилия, имя, отчество, дата и место рождения, адрес, контактный телефон, реквизиты, полис ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, другая информация. Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие: сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передача) в порядке, установленном законодательством РФ, обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных, иные действия.

Мне - родителю (законному представителю) ребенка разъяснено право ознакомиться с целями, методами оказания медицинской помощи, связанными с ними рисками, возможными вариантами медицинских вмешательств, их последствий, в том числе вероятностью развития осложнений, возможностью направления ребенка на лечение в лечебно-профилактическое учреждение, а также предполагаемыми результатами оказания медицинской помощи, находящимися на электронных ресурсах:

-Банк документов Министерства здравоохранения Российской Федерации
<https://www.rosminzdrav.ru/documents>

-Федеральная электронная медицинская библиотека (ФЭМБ) Министерства здравоохранения Российской Федерации <http://www.femb.ru/feml>.

Медицинским работником _____ (должность, Ф.И.О. медицинского работника)

(Заполняется в случае личного присутствия родителя (законного представителя) при заезде ребенка в ДСОЛ КД) в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, возможность направления ребенка на лечение в лечебно-профилактическое учреждение, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. 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 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, №48, ст.6724; 2012, №26, ст.3442, 3446).

(подпись) (Ф.И.О. медицинского работника)
(Заполняется в случае личного присутствия родителя (законного представителя) при заезде ребенка в ДСОЛ КД)

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

Настоящее согласие действует на время пребывания моего ребенка в ДСОЛ КД. Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес ДСОЛ КД по почте заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручен лично под расписку представителю ДСОЛ КД.

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 года №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь

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

Прочим лицам информацию о состоянии здоровья ребенка не предоставлять.

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

« _____ » _____ 2025 г.

(дата оформления)