**Приложение № 2 к договору**

**ДЕТСКИЙ ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫЙ ЛАГЕРЬ**

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА МЕДИЦИНСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА/ДЕЙСТВИЯ**

**Я,**

 (Ф.И.О. законного представителя ребенка или Ф.И.О. ребенка 15 лет и старше)

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка

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

(Ф.И.О. ребенка – полностью, дата рождения)

**Настоящим доверяю** коллективу ДОЛ «ЖЕМЧУЖИНА МОЛОГИ»/ и

В соответствии с Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 23.04.2012 г. № 390н "Об утверждении Перечня определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи" в случае возникновения у моего ребенка травмы или заболевания:

* **Добровольно соглашаюсь** на проведение моему ребенку (мне) необходимых медицинских вмешательств: опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза; осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия; антропометрические исследование; термометрия; тонометрия; неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций; неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций; исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы);
* Добровольно соглашаюсь на оказание экстренной, неотложной медицинской помощи моему ребенку (мне) медицинским работником оздоровительного лагеря.
* Добровольно соглашаюсь на осуществление моему ребенку (мне) консультации специалистами в сопровождении работника оздоровительного лагеря.
* Добровольно соглашаюсь на экстренную госпитализацию моего ребенка по решению медицинских работников оздоровительного лагеря.
* Добровольно соглашаюсь на введение лекарственных препаратов по назначению медицинского работника, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно.
* Добровольно соглашаюсь на введение противоклещевого иммуноглобулина (при укусе клеща), антирабической сыворотки (при укусе животными с подтвержденным или предполагаемым   бешенством), антизмеиную сыворотку (при укусе змей) по назначению врача.

**Я информирован(а)** о неблагоприятных эффектах, возможных при оказании медицинской помощи, возможности непреднамеренного причинения моему ребенку (мне) вреда здоровью.

**Я поставил(а)** работников оздоровительного лагеря в известность обо всех проблемах, связанных со здоровьем моего ребенка (моим здоровьем), в т.ч. об аллергических реакциях, индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, о перенесенных травмах, операциях, заболеваниях, принимаемых лекарственных препаратах.

|  |  |
| --- | --- |
| Наблюдается ли ребенок по поводу какого-либо заболевания? Какого? |  |
| Нуждается ли ребенок в постоянном приеме лекарственных препаратов? Каких? |  |
| Есть ли у ребенка лекарственная аллергия? На какие препараты? |  |
| Есть ли у ребенка непереносимость продуктов питания (аллергия)? Каких? |  |
| Есть ли у ребенка противопоказания для занятий спортом? |  |
| Другие сведения, заслуживающие внимания? |  |

**Разрешаю** в случае необходимости решения вопросов, связанных со здоровьем моего ребенка(моим), сообщать по телефонам:

|  |  |
| --- | --- |
| телефон | Ф.И.О. законного представителя ребенка, родственника |
|  |  |
|  |  |

Содержание настоящего документа мною прочитано, оно полностью мне понятно, что я и удостоверяю своею подписью.

**Ф.И.О. и подпись**

Дата «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_года.