

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