

**Информированное добровольное согласие на медицинские вмешательства**

Я, \_\_\_\_\_  
*Ф.И.О. одного из родителей, законного представителя*  
« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. рождения, проживающий (-ая) по адресу:

\_\_\_\_\_ *адрес одного из родителей, законного представителя*  
контактный телефон \_\_\_\_\_, даю добровольное согласие на проведение медицинских вмешательств  
ребенку \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ *Ф.И.О. ребенка,*  
« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. рождения, чьим законным представителем я являюсь, проживающего по адресу:

\_\_\_\_\_ *фактический адрес проживания ребенка*  
при оказании первичной медико-санитарной, неотложной и скорой медицинской помощи. 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 также 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 ребенку, чьим законным представителем я являюсь, медицинскому работнику ЛПТ «Алые паруса Поморья» ООО «Семь Континентов»

Согласие действительно на срок пребывания ребенка в ЛПТ «Алые паруса Поморья» ООО «Семь Континентов»

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
Подпись / Ф.И.О. полностью