

**Информированное добровольное согласие на медицинские вмешательства для получения
первичной медико-санитарной, неотложной и скорой медицинской помощи в период
пребывания в ЗБО «Юность» ГБОУ Гимназии № 67**

Я, _____
Ф.И.О. одного из родителей, опекуна, иного законного представителя

« ____ » _____ г. рождения, проживающий (-ая) по адресу: _____

_____, контактный телефон: _____
адрес одного из родителей, опекуна, попечителя, и т.д. законного представителя

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, проживающим по
адресу: _____

фактический адрес проживания ребенка

при оказании первичной медико-санитарной, неотложной и скорой медицинской помощи в ЗБО «Юность» ГБОУ Гимназии № 67. 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 о 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 медицинские работники.

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 лагеря, в т.ч. и при необходимости госпитализации. Информированное добровольное согласие действительно на срок пребывания ребенка в оздоровительной организации с « ____ » _____ 20__ г. до « ____ » _____ 20__ г.

Обязуюсь, в случае моего отказа от медицинского обслуживания, самостоятельно забрать своего ребенка в течение 4 часов.

Перечень

*видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное
согласие при получении первичной медико-санитарной помощи:*

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия.
3. Антропометрические исследования, спирометрия, динамометрия.
4. Термометрия.
5. Тонометрия.
6. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций.
7. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций.
8. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).
9. Рентгенологические методы обследования.
10. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе орально, внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутривенно.
11. Госпитализация, в случае необходимости, по решению медицинских работников лагеря.
12. Проведение психолого-педагогических мониторингов с участием моего ребенка.

Подпись законного представителя ребенка _____ (_____)

Дата: « _____ » _____ 20 ____ года

**РЕГИСТРАЦИОННЫЙ ЛИСТ РЕБЁНКА,
ОТДЫХАЮЩЕГО В ЗБО «Юность»**

1. Фамилия, имя ребенка _____

2. Дата рождения полностью _____

3. Домашний адрес, телефон _____

4. ФИО родителей, домашние, служебные и мобильные телефоны _____

5. Данные ближайших родственников, домашние и служебные телефоны для экстренной связи: _____

6. Информация для медицинского персонала:

хронические заболевания Вашего ребенка _____

перенесенные операции, травмы (и когда) _____

перенесенные инфекционные заболевания (ветрянка, корь, краснуха, скарлатина и т.д.) _____

лекарства, недопустимые для лечения Вашего ребенка _____

употребляет ли Ваш ребенок лекарственные спец. препараты (указать какие и приложить копию листа назначений лечащего врача) _____

Аллергия (на лекарства, растения, насекомых и т.д.): _____

Ограничения, освобождение от физических нагрузок, (указать, от каких именно) _____

любые физические, психологические или умственные особенности Вашего ребенка, которые требуют особого внимания _____.

В случае, если мой ребенок имеет нарушения здоровья или хронические заболевания (врожденный порок сердца, бронхиальная астма и т.д.), беру всю ответственность за жизнь и здоровье ребенка на себя.

Подпись родителя _____

Дата _____

В случае получения травмы ребенком или заболевания, при том, что я получил(а) сообщение от персонала лагеря, и если я не смогу немедленно прибыть в лагерь, я даю согласие на необходимое вмешательство мед. персонала: инъекции, анестезия и т. д., а также на оказание, в случае необходимости, любой неотложной медицинской помощи, включая госпитализацию.

Подпись родителя _____

Дата _____

7. На что Вы рекомендуете обратить внимание воспитателям (склонности Вашего ребенка, особенности поведения и характера, привычки, особенности общения со сверстниками):

8. Чему бы Ваш ребенок хотел научиться в лагере, чем хотел бы заниматься (спорт, рисование, лепка, ДПИ и т.д.) _____

9. Дополнительная информация (в том числе, кому из совершеннолетних родственников разрешено забрать Вашего ребенка) _____

-
-
-
-