**Приложение к Договору № 2**

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Ф.И.О. гражданина или одного из родителей, иного законного представителя)

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_ года рождения, проживающий (ая) по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

**добровольно даю информированное согласие** на оказание санаторно-курортной, первичной медико-санитарной помощи, скорой и неотложной медицинской помощи моему ребенку, лицу, чьим законным представителем я являюсь \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Ф.И.О. лица, которому будет оказана медицинская помощь)

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ года рождения, адрес места жительства:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

в детском оздоровительном лагере санаторного типа ЛПУ «Санаторий» Солониха» квалифицированными медицинскими работниками учреждения, в соответствии в ФЗ-323 от 21.11.2011 (в ред. от 07.03.2018г.), приказом Минздрава России №1177н от 20.12.12 (в ред. от 10.08.2015г.), а так же следующих видов медицинских вмешательств, утвержденных Приказом Минздравсоцразвития России от 23 апреля 2012 года № 390н, (далее – Перечень):

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование.
3. Антропометрические исследования.
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. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические.
10. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлуометрия, рэоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных).
11. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, допплерографические исследования.
12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно.
13. Медицинский массаж.
14. Лечебная физкультура.

Я даю согласие, что мой ребенок (лицо, чьим законным представителем я являюсь) при наличии медицинских показаний будет доставлен в ближайшую медицинскую организацию для уточнения состояния здоровья и (или) оказания специализированной медицинской помощи.

Мне разъяснено, что в случае направления ребенка (лица, чьим законным представителем я являюсь) на стационарное лечение я буду проинформирован(а) об этом медицинским работником, либо руководителем детского оздоровительного лагеря.

**Я даю добровольное согласие на проведение по назначению лечащего врача санатория следующих лечебных и/или оздоровительных процедур**

 Бальнеологические процедуры, в т.ч. грязелечение ДА / НЕТ

Медицинский массаж. ДА / НЕТ

 Лечебная физическая культура ДА / НЕТ

 Физиотерапевтические процедуры. ДА / НЕТ

**Я даю добровольное согласие на вызов, в случае необходимости скорой помощи и проведение экстренных и неотложных медицинских мероприятий** ДА / НЕТ

Ни при каких обстоятельствах моему ребёнку не должны выполняться следующие диагностические и лечебные манипуляции \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

В доступной для меня форме мне даны разъяснения о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риском, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи. О необходимости других методов обследования и лечения мне будет разъяснено дополнительно.

Я поставил(а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем моего ребенка (лицом, чьи интересы я представляю), в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных моим ребенком/лицом, чьи интересы я представляю и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил (а) правдивые сведения об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

Мне разъяснено, что при оформлении настоящего добровольного информированного согласия, а также перед осуществлением медицинского вмешательства, включенного в перечень видов медицинских вмешательств, я имею право отказаться от одного или нескольких вышеуказанных видов медицинского вмешательства.

В случае моего отсутствия уполномочиваю присутствовать и давать информационное согласие на добровольное медицинское вмешательство при оказании медицинской помощи моему ребенку (лицу, чьи интересы я представляю) медицинским работником, либо руководителю оздоровительного лагеря, назначенных приказом по учреждению.

Кроме того, я подтверждаю, что у моего ребенка отсутствуют медицинские противопоказания (заболевания) для санаторно – курортного лечения.

 Я не возражаю и соглашаюсь с тем, что в случае, если, на момент начала оздоровительной смены у моего ребенка обнаружатся (выявятся) медицинские противопоказания к участию в программе он допущен не будет.

 В случае возникновения во время обследования и лечения непредвиденных осложнений, угрожающих здоровью, даю согласие на изменение характера лечения, включая отказ от его выполнения, с последующим информированием об этом.

 Мне в доступной форме разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия.

 Я могу отказаться от пребывания несовершеннолетнего ребенка в ДОЛСТ «Санаторий «Солониха» от обследования и лечения/оздоровления в любой момент, даже после подписания информированного согласия. 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 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2012, N 26, ст. 3442, 3446).

 Я утверждаю, что все интересующие меня вопросы мною заданы, все полученные ответы и разъяснения врача мною поняты осознаны. Я понимаю, что медицинским и педагогическим персоналом будут приниматься все необходимые меры для оздоровления моего ребенка. Мне гарантируется, что все эти лица имеет соответствующую квалификацию и опыт.

 Я понимаю, что нарушение врачебных рекомендаций, а также сокрытие информации о состоянии здоровья моего ребенка может способствовать развитию местных и/или общих осложнений или даже стать их причиной. Я ознакомлен(а) со всеми пунктами настоящего документа и согласен(а) с ними.

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии лица, законным представителем которого я являюсь; которым я разрешаю сообщать любую информацию о состоянии моего здоровья, проводимом обследовании и лечении, его результатах:

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

(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон) (подпись)

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

(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон) (подпись)

«\_\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_года. Подпись родителя/законного представителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

«\_\_\_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года. Врач(м/с) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Ф.И.О.) (подпись)

**Отказ от медицинского вмешательства может быть оформлен письменно в произвольной форме.**