

## Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, \_\_\_\_\_  
(ФИО родителя (законного представителя))

паспорт серии \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, выдан

\_\_\_\_\_ (кем выдан, дата выдачи)

проживающий(ая) по адресу: \_\_\_\_\_

являясь законным представителем (матерью, отцом, опекуном) ребенка:

\_\_\_\_\_ (ФИО ребёнка, дата рождения)

*в целях организации медицинской помощи в период пребывания в лагере с дневным пребыванием на базе ГБОУ Республики Марий Эл «Политехнический лицей-интернат» с 01 июня 2026 г. по 11 июня 2026 г.:*

1. ДАЮ СОГЛАСИЕ / НЕ ДАЮ СОГЛАСИЕ (*нужное подчеркнуть*) на оказание первичной медико-санитарной помощи, в том числе:

- осмотр медицинским работником (включая осмотр на педикулез, кожные заболевания);
- оказание первичной медико-санитарной помощи в экстренной и неотложной форме в медпункте лагеря;
- антропометрию (измерение роста, веса);
- термометрию (измерение температуры).

2. ДАЮ СОГЛАСИЕ / НЕ ДАЮ СОГЛАСИЕ (*нужное подчеркнуть*) на госпитализацию ребенка по медицинским показаниям в лечебно-профилактическое учреждение для оказания специализированной медицинской помощи.

3. ДАЮ СОГЛАСИЕ / НЕ ДАЮ СОГЛАСИЕ (*нужное подчеркнуть*) на проведение видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, установленный Приказом Минздрава России.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств или потребовать их прекращения.

Особые отметки (аллергии, хронические заболевания):

\_\_\_\_\_

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (расшифровка подписи)