**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,  
проживающему по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  
(фактический адрес проживания ребенка)

**при оказании первичной медико-санитарной, неотложной и скорой  
медицинской помощи в оздоровительной и медицинской организации**.  
В соответствии со статьей 20 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан РФ» от 21.11.2011г. № 323-ФЗ в случае возникновения у моего ребенка неотложного заболевания или обострения хронического заболевания

- добровольно соглашаюсь на оказание медицинской помощи моему ребенку медицинским работником оздоровительного лагеря;

- добровольно соглашаюсь на осуществление моему ребенку консультации специалистами и сопровождении работника оздоровительного лагеря;

- добровольно соглашаюсь на экстренную госпитализацию моего ребенка по решению медицинских работников летнего оздоровительного лагеря.

Я информирован(а) о неблагоприятных эффектах, возможных при оказании медицинской помощи, возможности непреднамеренного причинению моему ребенку вреда здоровью.

Я поставил(а) работников летнего оздоровительного лагеря в известность обо всех проблемах, связанных со здоровьем моего ребенка, вт.ч. об аллергических реакциях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, о перенесенных травмах, операциях, заболеваниях, принимаемых лекарственных препаратах.

|  |  |
| --- | --- |
| Наблюдается ли ребенок по поводу какого- либо заболевания? Какого? |  |
| Нуждается ли ребенок в постоянном приеме лекарственных препаратов? Каких ? |  |
| Есть ли у ребенка лекарственная аллергия? На какие препараты? |  |
| Есть ли у ребенка непереносимость продуктов питания? Каких? |  |
| Есть ли у ребенка противопоказания для занятий спортом? |  |
| Другие сведения, заслуживающие внимания |  |

Разрешаю в случае необходимости решения вопросов, связанных со здоровьем моего ребенка, сообщить по телефонам:

|  |  |
| --- | --- |
| телефон | Ф.И.О. законного представителя ребенка, родственника |
|  |  |
|  |  |

**Я, также даю согласие на обработку необходимых персональных данных**, в объеме и способами, указанными в п.1,3 ст.11 Федерального закона № 152 – ФЗ «О персональных данных».

Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие субъекта персональных данных: фамилия, имя, отчество, дата и место рождения, адрес, контактный телефон, реквизиты, полис ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, другая информация.

**Перечень действий с персональными данными**, **на совершение которых дается согласие:** сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передача) в порядке, установленном законодательством РФ, обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных, иные действия.

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

"\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.

Дата оформления добровольного информированного согласия