

**Информированное добровольное  
согласие на медицинское вмешательство**

В соответствии с «Основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» от 22.07.1993г. № 5487-1 (в ред. Федеральных законов от 02.03.1998 №30-ФЗ, от 20.12.1999 № 214-ФЗ, от 02.12.2000 № 139-ФЗ от 10.01.2003 №15-ФЗ, от 27.02.2003 №29-ФЗ, от 01.12.2003 №151-ФЗ, от 07.03.2005 №15-ФЗ, от 21.12.2005 № 170-ФЗ, от 31.12.2005 N 199-ФЗ) ст. 24,30,31,32,33

Я, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (Фамилия, имя, отчество родителей, паспорт №, кем и когда выдан

с требованиями медицинского отбора и правилами направления детей в ЗЦ ДЮТ «Зеркальный» ознакомлен(а) и подтверждаю, что мой ребенок не имеет ограничений по состоянию здоровья для пребывания в ЗЦ ДЮТ «Зеркальный».

Я даю / не даю разрешение медицинскому персоналу в случае необходимости осуществлять консультации узких специалистов, выполнять рентгеновские снимки, необходимые анализы, инъекции и проводить лечение моего ребёнка

\_\_\_\_\_ (ФИО, дата рождения)

В случае заболевания моего ребенка и/или необходимости экстренной медицинской помощи прошу связаться со мной по телефону \_\_\_\_\_

Я обязуюсь в случае моего отказа от медицинского обслуживания сотрудниками медицинского пункта ЗЦ ДЮТ «Зеркальный» самостоятельно забрать ребенка из ЗЦ ДЮТ «Зеркальный».

Дата

подпись

Обращаю Ваше внимание, что моему ребенку необходимо продолжить противорецидивное лечение по назначению лечащего врача (копию листа назначений прилагаю). В связи с чем у моего ребенка имеются лекарственные препараты

\_\_\_\_\_ (наименование и количество)

Прошу врача лагеря взять на контроль прием моим ребенком лекарственных средств.

Дата \_\_\_\_\_

подпись \_\_\_\_\_