ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
на медицинские вмешательства для получения первичной медико-санитарной, неотложной и скорой медицинской помощи в период пребывания в оздоровительном учреждении АУ УР «ЗОК «Лесная сказка»

Я, _____,
(Ф.И.О. одного из родителей, опекуна, попечителя, иного законного представителя)
"__" _____ ____ г. рождения, зарегистрированный по адресу: _____
_____
(адрес одного из родителей, опекуна, попечителя, иного законного представителя, контактный телефон)
являясь родителем/законным представителем несовершеннолетнего _____
_____
(Ф.И.О. ребенка, от имени которого выступает законный представитель)
"__" _____ ____ г. рождения, зарегистрированный по адресу: _____
_____
(фактические адрес проживания ребенка)

даю свое согласие для оказания первичной медико-санитарной помощи в медпункте АУ УР «ЗОК «Лесная сказка», а также на транспортировку, для оказания неотложной и скорой медицинской помощи в других медицинских организациях.

Я ознакомлен с перечнем видов медицинских вмешательств в доступной для меня форме, а также уведомлен в 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 врачи медицинской организации. 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 АУ УР «ЗОК «Лесная сказка». 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 информированного добровольного согласия)

Перечень видов медицинских вмешательств 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 и(или) Тонометрия.
5. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций.
6. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций.
7. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).
8. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические.
9. Функциональные методы обследования, в том числе ЭКГ, СМАД, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлуометрия, рэоэнцефалография, электроэнцефалография.
10. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, допплерографические исследования.
11. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно.
12. Медицинский массаж и(или) лечебная физкультура.

СОГЛАСИЕ родителя (законного представителя) несовершеннолетнего на фото и видеосъемку, размещение фотографий и/или другой личной информации (фамилия, имя) ребенка на информационных стендах, выставках и сайте АУ УР «ЗОК «Лесная сказка»

Я, _____,
(Ф.И.О. одного из родителей, опекуна, попечителя, иного законного представителя)
"__" _____ ____ г. рождения, зарегистрированный по адресу: _____
_____
(адрес одного из родителей, опекуна, попечителя, иного законного представителя, контактный телефон)
являясь родителем/законным представителем несовершеннолетнего _____
_____
(Ф.И.О. ребенка, от имени которого выступает законный представитель)
"__" _____ ____ г. рождения, зарегистрированный по адресу: _____
_____
(фактические адрес проживания ребенка)

даю свое согласие на фото и видеосъемку в одетом виде моего ребенка в период его пребывания в Автономном учреждении Удмуртской Республики «Загородный оздоровительный комплекс «Лесная сказка».
Я даю согласие на использование фото и видеоматериалов и других личных данных (фамилия, имя) несовершеннолетнего исключительно в следующих целях:
• Размещение на официальном сайте АУ УР «ЗОК «Лесная сказка» (www.dolls18.ru)
• Размещение на информационных стендах АУ УР «ЗОК «Лесная сказка»
• Размещения в социальных сетях на странице АУ УР «ЗОК «Лесная сказка»
• Использования фото/видеоматериалов для создания видеороликов и презентаций.
Я информирован(а), что АУ УР «ЗОК «Лесная сказка» гарантирует обработку фото и видеоматериалов несовершеннолетнего в соответствии с интересами АУ УР «ЗОК «Лесная сказка».
Данное согласие действует до достижения целей обработки фото и видеоматериалов или в течении срока хранения информации.
Данное согласие может быть отозвано в любой момент по моему письменному заявлению.
Я подтверждаю, что, давая такое согласие, я действую по собственной воле и в интересах несовершеннолетнего.

"_____" _____ 20___ г. _____ / _____
(Дата оформления согласия) (подпись) (Расшифровка подписи)

Информированное добровольное согласие на удаление клеща
в период пребывания в АУ УР «ЗОК «Лесная сказка» (ЛЕТНИЙ ПЕРИОД)

Я, _____,
(Ф.И.О., одного из родителей, законного представителя)
проживающий (-ая) по адресу: _____

_____ контактный сотовый телефон _____
даю информированное добровольное согласие на удаление клеща моему ребенку
_____
(Ф.И.О. ребенка)
чьим законным представителем я являюсь, при оказании первичной медико-санитарной помощи (в соответствии с приказом Минздрава России от 13.06.2018г. № 327н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи несовершеннолетним в период оздоровления и организованного отдыха») в АУ УР «Загородный оздоровительный комплекс «Лесная сказка».

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 также уведомлен в том, что при оказании скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи я буду информирован по вышеуказанному телефону. В случае невозможности связаться со мной и при возникновении угрозы жизни моему ребенку решение об объеме и виде медицинского вмешательства определяют врачи медицинской организации.

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

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

Действие информированного добровольного согласия действительно на срок пребывания ребенка в АУ УР «ЗОК «Лесная сказка»

с «___» _____ 20__ г. до «___» _____ 20__ г.

_____/ _____
подпись *(Ф.И.О., одного из родителей, законного представителя)*

_____
дата заполнения