

Приложение № 4  
К ДОГОВОРУ-ОФЕРТЕ НА ОКАЗАНИЕ УСЛУГ ПО ОРГАНИЗАЦИИ ДЕТСКОГО ОТДЫХА И ОЗДОРОВЛЕНИЯ  
**Информированное добровольное согласие**  
**на виды медицинских вмешательств, включённые в Перечень определённых**  
**видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное**  
**согласие для получения первично медико-санитарной помощи**

Я,

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. законного представителя несовершеннолетнего)

\_\_\_\_\_  
(дата рождения, серия и номер паспорта, код подразделения)  
выдан (дата) \_\_\_\_\_ (кем)

тел.№ \_\_\_\_\_, зарегистрированный (проживающий) по адресу:

\_\_\_\_\_  
(адрес регистрации или фактический адрес проживания законного представителя несовершеннолетнего)

являясь законным представителем несовершеннолетнего:

\_\_\_\_\_  
(далее – Ребенок),

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О несовершеннолетнего и дата рождения)

проживающего по адресу:

\_\_\_\_\_  
(фактический адрес проживания Ребенка)

свидетельство о рождении (серия, номер)

выдано

\_\_\_\_\_  
(дата, кем выдано)

Дано информированное добровольное согласие на следующие виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (далее – Перечень) для получения первичной медико-санитарной помощи Ребенком:

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.
  5. Тонометрия
  6. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций.
  7. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных 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, пикфлоуметрия, реоэнцефалография, электроэнцефалография.
  11. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования.
  12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикочно по неотложным показаниям.
- В доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи Ребенку.

**Я уведомлен** о том, что при оказании **экстренной и неотложной помощи я** буду информирован по указанному выше телефону.

**Я обязуюсь**, при необходимости, самостоятельно забрать Ребенка из детского оздоровительного лагеря «Золотая Долина» (далее - ДОЛ) в течение 4 (четырёх) часов.

При невозможности связаться со мной по указанному телефону или в случае невозможности самостоятельно забрать Ребенка из ДОЛ, решение вопроса об объёме и виде медицинских вмешательств определяют врачи ДОЛ и медицинские организации.

**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. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

С требованиями направления детей в ДОЛ ознакомлен и подтверждаю, что Ребенок не имеет ограничений по состоянию здоровья и медицинских противопоказаний для пребывания в них.

Информированное добровольное согласие действительно 1 (один) год с момента его выдачи.

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии здоровья Ребенка.

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. лиц, их контактный телефон)

\_\_\_\_\_  
(подпись) (Ф.И.О. законного представителя Ребенка)

\_\_\_\_\_  
(подпись) (Ф.И.О. медицинского работника)

«      »                      2025 г.  
(дата оформления информированного добровольного согласия)