

**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство
(действительно на срок пребывания ребенка в ЧУ «ДОСЛ «Каравелла»)**

Я, _____
(фамилия, имя, отчество родителя, законного представителя несовершеннолетнего)

Телефон _____

Законный представитель (*мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель*) *несовершеннолетнего (нужное подчеркнуть)*

(фамилия, имя, отчество несовершеннолетнего)

Дата рождения несовершеннолетнего «_____» _____ 20__ г.

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 я 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 и здоровью моему ребенку решение об объеме и виде медицинского вмешательства определяют медицинские работники ЧУ «ДОСЛ «Каравелла». 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 ЧУ «ДОСЛ «Каравелла».

В соответствии с требованиями статьи № 20 Федерального закона от 21. 11. 2011г. № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», Федерального закона от 25. 11. 2013г. №317-ФЗ даю **информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство.**

Я, доверяю медицинским работникам ЧУ «ДОСЛ «Каравелла» выполнение исследований, вмешательств, если таковое будет продиктовано медицинской необходимостью и целесообразностью и выполнено в соответствии с действующими стандартами и правилами.

Согласно Приказу МЗСР РФ от 23. 04. 2012г. № 390н я даю согласие на проведение при необходимости следующих вмешательств:

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия.
3. Антропометрические исследования.
4. Термометрия.
5. Тонометрия.
6. Неинвазивные исследования органов зрения и зрительных функций.
7. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций.
8. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).
9. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикочно.

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.

Законный представитель ребенка: _____
(подпись) (ФИО)

Дата «_____» _____ 20__ г.