**Информационное добровольное согласие**

**Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(фамилия, имя, отчество – полностью, дата рождения)

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество – полностью, дата рождения)

В соответствии со ст.20 Федерального Закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ в случае возникновения у моего ребенка острого заболевания или обострения хронического заболевания

- добровольно соглашаюсь на оказание медицинской помощи моему ребенку медицинским персоналом пансионата/санатория/детского оздоровительного лагеря(нужное подчеркнуть);

- добровольно соглашаюсь на осуществление моему ребенку консультации специалистами территориального лечебно-профилактического учреждения (ЛПУ) в сопровождении медицинского работника пансионата/санатория/детского оздоровительного лагеря (нужное подчеркнуть);

- добровольно соглашаюсь на проведение моему ребенку диагностических исследований и лечебных процедур по назначению врача пансионата/санатория/детского оздоровительного лагеря (нужное подчеркнуть) или специалистов территориального ЛПУ;

- добровольно соглашаюсь на госпитализацию моего ребенка по решению специалистов территориального ЛПУ;

- добровольно соглашаюсь на сопровождение моего ребенка медицинским работником пансионата /санатория/ детского оздоровительного лагеря (нужное подчеркнуть) при выписке ребенка из территориального ЛПУ.

Я информирован (а) о возможных неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, возможности непреднамеренного причинения моему ребенку вреда здоровью.

Я поставил (а) работников пансионата /санатория/ детского оздоровительного лагеря (нужное подчеркнуть) в известность обо всех проблемах, связанных со здоровьем моего ребенка, в т.ч. об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, о всех перенесенных травмах, операциях, заболеваниях, о принимаемых лекарственных препаратах.

Разрешаю, в случае необходимости значимых вопросов по здоровью моего ребенка (госпитализация, операции и др.), сообщить по телефонам, указанным ниже:

|  |  |
| --- | --- |
| Телефон | ФИО законного представителя ребенка, родственника, гражданина |
|  |  |

Законный представитель\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

подпись ФИО

«\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_г.