

## Документы, необходимые для заезда в лагерь «Кристалл»

1. Свидетельство о рождении
2. Медицинский полис ребенка.
3. Справка об отсутствии контактов с инфекционными больными.
4. Санаторно-курортная карта.

**Информированное добровольное согласие на медицинские вмешательства для получения первичной медико-санитарной, неотложной и скорой медицинской помощи в период пребывания в оздоровительной организации**

Я, \_\_\_\_\_  
Ф.И.О. одного из родителей, опекуна, попечителя, иного законного представителя

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. рождения,  
проживающий (-ая) по адресу:

\_\_\_\_\_

адрес одного из родителей, опекуна, попечителя, иного законного представителя

\_\_\_\_\_

контактный телефон

Даю добровольное информированное согласие на проведение медицинских вмешательств моему ребенку

\_\_\_\_\_

Ф. И. О. ребенка, от имени которого выступает законный представитель

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. рождения, чьим  
законным представителем я являюсь,

проживающему по адресу: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

фактический адрес проживания ребенка

при оказании **первичной медико-санитарной, неотложной и скорой медицинской помощи** в оздоровительной и медицинской организации.

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 о 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 оздоровительной организации.

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

Подпись \_\_\_\_\_

Ф.И.О. уполномоченного лица оздоровительной организации

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Дата оформления добровольного информированного согласия

**Информированное добровольное согласие на медицинские вмешательства для получения первичной медико-санитарной, неотложной и скорой медицинской помощи в период пребывания в оздоровительной организации**

Я, \_\_\_\_\_  
Ф.И.О. одного из родителей, опекуна, попечителя, иного законного представителя

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. рождения,  
проживающий (-ая) по адресу:

\_\_\_\_\_

адрес одного из родителей, опекуна, попечителя, иного законного представителя

\_\_\_\_\_

контактный телефон

Даю добровольное информированное согласие на проведение медицинских вмешательств моему ребенку

\_\_\_\_\_

Ф. И. О. ребенка, от имени которого выступает законный представитель

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. рождения, чьим  
законным представителем я являюсь,

проживающему по адресу: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

фактический адрес проживания ребенка

при оказании **первичной медико-санитарной, неотложной и скорой медицинской помощи** в оздоровительной и медицинской организации.

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 о 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 оздоровительной организации.

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

Подпись \_\_\_\_\_

Ф.И.О. уполномоченного лица оздоровительной организации

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Дата оформления добровольного информированного согласия