

**Информированное добровольное  
согласие на медицинское вмешательство**

в соответствии с «Основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» от 22.07.1993г. № 5487-1 (в ред. Федеральных законов от 02.03.1998 №30-ФЗ, от 20.12.1999 № 214-ФЗ, от 02.12.2000 № 139-ФЗ от 10.01.2003 №15-ФЗ, от 27.02.2003 №29-ФЗ, от 01.12.2003 №151-ФЗ, от 07.03.2005 №15-ФЗ, от 21.12.2005 № 170-ФЗ, от 31.12.2005 N 199-ФЗ) ст. 24,30,31,32,33

Я, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Фамилия, имя, отчество родителей, паспорт №, кем и когда выдан)

с требованиями медицинского отбора и правилами направления детей в ЗЦ ДЮТ «Зеркальный» ознакомлен(а) и подтверждаю, что мой ребенок не имеет ограничений по состоянию здоровья для пребывания в ЗЦ ДЮТ «Зеркальный».

Я **даю / не даю** разрешение медицинскому персоналу в случае необходимости осуществлять консультации узких специалистов, выполнять рентгеновские снимки, необходимые анализы, инъекции и проводить лечение моего ребёнка (ФИО, дата рождения) \_\_\_\_\_

В случае заболевания моего ребенка и/или необходимости экстренной медицинской помощи прошу связаться со мной по телефону \_\_\_\_\_

Я обязуюсь в случае моего отказа от медицинского обслуживания сотрудниками медицинского пункта ЗЦ ДЮТ «Зеркальный» самостоятельно забрать ребенка из ЗЦ ДЮТ «Зеркальный».

Дата \_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_

Обращаю Ваше внимание, что моему ребенку необходимо продолжить противорецидивное лечение по назначению лечащего врача (копию листа назначений прилагаю). В связи с чем у моего ребенка имеются лекарственные препараты (наименование и количество) \_\_\_\_\_

Прошу врача лагеря взять на контроль прием моим ребенком лекарственных средств.

Дата \_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_