

## Согласие родителя (законного представителя) на медицинское вмешательство

Я, \_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя, отчество родителя либо законного представителя)

зарегистрированный(ая) по адресу: \_\_\_\_\_  
(адрес места жительства родителя либо законного представителя)

являясь родителем (законным представителем): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ «\_\_» \_\_\_\_\_ г. р.,  
(фамилия, имя, отчество ребенка)

зарегистрированного по адресу: \_\_\_\_\_  
(адрес места жительства ребенка)

На основании Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 25.06.2012) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» даю согласие медицинским работникам Государственного бюджетного учреждения «Лебяжьевская центральная районная больница» расположенного по адресу: 641500, Курганская область, р.п. Лебяжье, улица Первомайская,10, медицинский кабинет, расположенный в МБОУ «Лебяжьевская средняя общеобразовательная школа» по адресу: 641500, Курганская область, р.п. Лебяжье, улица Пушкина, 23 на оказание медицинской помощи:

- проведение медицинского осмотра детей в первый день работы оздоровительного лагеря дневного пребывания с целью выявления больных;
- распределение детей на медицинские физкультурные группы;
- информирование сотрудников (начальника оздоровительного лагеря дневного пребывания, воспитателей, инструктора по физической культуре) о состоянии здоровья детей;
- коррекция режима и нагрузок для детей с отклонениями в состоянии здоровья;
- проведение взвешивания детей, спирометрия и измерение мышечной силы кистевым динамометром в начале и в конце смены, измерение роста детей;
- систематический контроль за состоянием здоровья детей, особенно имеющих отклонения; активное выявление заболевших;
- контроль за соблюдением правил личной гигиены детьми;
- доврачебную медицинскую помощь; своевременную изоляцию больных детей;
- при несчастных случаях оказание неотложной медицинской помощи, транспортировка в ближайший стационар;
- осмотр детей на педикулез, чесотку, микроспорию.

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, возможность направления ребенка на лечение в лечебно-профилактическое учреждение, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты.

Настоящее согласие дано мной «\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_\_ г. и действует на время пребывания моего ребенка в оздоровительном лагере дневного пребывания при МБОУ «Лебяжьевская средняя общеобразовательная школа».

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес МБОУ «Лебяжьевская средняя общеобразовательная школа» по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю оздоровительного лагеря дневного пребывания при МБОУ «Лебяжьевская средняя общеобразовательная школа».

«\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_\_ года \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(фамилия, имя, отчество родителя либо законного представителя)

«\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_\_ года \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(фамилия, имя, отчество сотрудника МБОУ «Лебяжьевская СОШ»)