

Приложение 3  
к Порядку предоставления путевок в лагерь «Космос»  
муниципального автономного учреждения  
дополнительного образования «Центр дополнительного  
образования «Космос» города Горно-Алтайска»

**Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств,  
включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые  
граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской  
организации для получения первичной медико-санитарной помощи (в ред. Приказа  
Минздрава РФ от 10.08.2015 № 549н)**

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина)  
" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень (Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза. Осмотр на педикулез, чесотку, микроспорию. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация. Термометрия. Тонометрия (измерение артериального давления). Антропометрические исследования. Доврачебную медицинскую помощь. Введение лекарственных препаратов по назначению врача при неотложной и экстренных состояниях. При несчастных случаях – оказание неотложной медицинской помощи, вызов скорой помощи) определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (далее Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в детском лагере МАУ ДО «ЦДО «Космос» г. Горно-Алтайска».

Медицинским работником \_\_\_\_\_  
(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

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, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

\_\_\_\_\_  
(подпись) (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

\_\_\_\_\_  
(подпись) (Ф.И.О. медицинского работника)

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 202\_\_ г.  
(дата оформления)