Приложение N 1  
УТВЕРЖДЕНО  
приказом ФМБА России  
от 30.03.2007 г. N 88

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство:

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

Паспорт серии\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

выдан:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка

Ф.И.О. ребенка:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_полностью, год рождения

# - Я ознакомлен (ознакомлена) с распорядком и правилами лечебно-охранительного режима, установленного в данном лечебно-профилактическом учреждении, посещения бассейна;

# - Добровольно даю свое согласие на оказание моему ребенку первой медицинской помощи по ОМС с информированием меня об этом, в соответствии с Федеральным законом от 21 ноября 2011г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

- Я предупреждён, что при необходимости оказания срочной медицинской помощи или в случае инфекционного заболевания моего ребёнка, ребенок будет госпитализирован в Гаврилов-Ямскую ЦРБ с информированием законных представителей.  
- Я поставил (поставила) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем моего ребёнка, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных ребенком и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на ребёнка во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. О выше перечисленном указываю в заявлении.

- Я согласен (согласна) на введение иммуноглобулина по медицинским показаниям, в случае укуса моего ребёнка клещом;

- Я согласен (согласна) при необходимости на дополнительный осмотр ребёнка и консультацию врачей в Гаврилов-Ямской ЦРБ;

- Я согласен на обработку моих персональных данных, а также моего ребёнка в соответствии с федеральным законом РФ «О персональных данных» 152-ФЗ, с учётом изменения вступивших в силу с 1 января 2017г.

"\_\_\_\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2017 года.

Подпись законного представителя

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

(расшифровка подписи)

Врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись)   
 (Должность, И.О.Фамилия)