

**Согласие родителей (законных представителей)  
на сопровождение ребенка в медицинском учреждении  
и медицинское вмешательство**

Я \_\_\_\_\_,  
(Ф.И.О. родителя (законного представителя))  
являясь родителем (законным представителем)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. ребенка)

На основании Федерального закона от 21.11.2011 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" даю согласие:

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. сопровождающего)

сопровождать моего ребенка в медицинском учреждении и давать согласие от моего имени медицинским работникам на оказание медицинской помощи моему ребенку:

- контроль за соблюдением правил личной гигиены детьми и персоналом;
- доврачебную медицинскую помощь;
- своевременную изоляцию больных, организацию лечения и ухода за детьми, находящимися в изоляторе;
- амбулаторно-поликлиническую помощь, в т.ч. по педиатрии и стоматологии, медицинскую помощь по физиотерапии и бальнеологии;
- госпитализацию по медицинским показаниям детей в лечебно-профилактическое учреждение;
- при несчастных случаях - оказание неотложной медицинской помощи, транспортировка в ближайший стационар;
- осмотр детей на педикулез, чесотку, микроспорию;

В случае дифференциальной диагностики заболеваний, угрозе жизни и здоровью медицинское учреждение вправе обратиться за консультационной и лечебной помощью в иные учреждения здравоохранения;

*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, без повторного согласования с родителем, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.*

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

Настоящее согласие дано мной « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г. и действует на время пребывания моего ребенка на период участия в мероприятии \_\_\_\_\_

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес медицинского учреждения по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю медицинского учреждения.

Дата: \_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_