Информированное добровольное согласие на медицинские вмешательства для получения первичной медико-санитарной, неотложной и скорой медицинской помощи в период пребывания в оздоровительной организации

(Ф.И.О. одного из родителей, опекуна, попечителя, иного законногопредставителя)

Другие сведения, заслуживающие внимания

Я,

"" г. рождения, проживающий(-ая) по адресу:								
	(адрес одного из родителей, опекуна, попечителя, и	ного законногопре	едставите	еля, контактный телеф	он)			
даю вмешат	добровольное информированное ельств моему ребенку	согласие	на	проведение	медицинских			
	(Ф.И.О. ребенка, от имени которого	выступает законн	ый предс					
"	" г. рожден	ния,чьим зак	онным	и представител	ем я являюсь,			
прожи	вающему по адресу:							
	(фактический адрес	проживания ребен	ка)		,			
323-ФЗ крониче - доб работни - доб сопрово - доб медиции Я ин Помощи Я по проблем	оказании первичной медико некой помощи в оздоровите етствии со статьей 20 ФЗ «Об основах о в случае возникновения у моего ребеского заболевания ровольно соглашаюсь на оказание медиком оздоровительного лагеря; ровольно соглашаюсь на осуществление ждении работника оздоровительного лагеровольно соглашаюсь на экстренную неких работников летнего оздоровительного прических работников летнего оздоровительного причеставил(а) работников летнего оздоровах, связанных со здоровьем моего рауальной непереносимости лекарствениях, заболеваниях, принимаемых лекарствих, заболеваниях, принимаемых лекарствительного причествиях, заболеваниях, принимаемых лекарствительного причествительного причест	ельной и охраны здорожнка неотложницинской по е моему ребетеря; госпитализного лагеря. фектах, возминению мое овительного ребенка, вт.ч	мовья гр кного мощи енку к ацию му реб лаге лаге п. об	едицинской раждан РФ» от заболевания и моему ребенк моего ребенк х при оказани бенку вреда здоря в известн аллергических в, о перенесе	организации. 21.11.2011г. № или обострения у медицинским пециалистами и са по решению и медицинской оровью. ость обо всех реакциях или			
	ается ли ребенок по поводу какого-болевания? Какого?							
текарст	гся ли ребенок в постоянном приеме венных препаратов? Каких?							
	у ребенка лекарственная аллергия? На репараты?							
	у ребенка непереносимость продуктов ? Каких?							
	и у ребенка противопоказания для спортом?							

Разрешаю в случае не ребенка, сообщить по теле	_	ния вопросов,	связанных	со здоровь	ем моего			
телефон	Ф.И.О. законного представителя ребенка, родственника							
Я, также даю согласи способами, указанными в данных». Перечень персональн персональных данных: фам телефон, реквизиты, полис Пенсионном фонде России обращения за медицинской и	п.1,3 ст.11 Федера ых данных, на с иилия, имя, отчести ОМС (ДМС), страз (СНИЛС), данные	ального закона обработку кото во, дата и мес ковой номер ин о состоянии	№ 152 – Орых дается то рождени ндивидуальн	ФЗ «О перс я согласие я, адрес, ко гого лицевог	сональных субъекта онтактный то счета в			
Перечень действий о согласие: сбор, системати использование, распростразаконодательством РФ, обез действия. Информированное до ребенка в оздоровительной	изация, накопление, анение (в том челичивание, блокиро бровольное согла	хранение, уто нисле передач ование, уничтож	очнение (обна) в поря кение персон тельно на	новление, из ядке, устан нальных данг срок пр	вменение), новленном			
•	•							

Подпись Ф.И.О. одного из родителей, опекуна, попечителя, иного законного представителя

" _____ 2021 г. Дата оформления добровольногоинформированного согласия