

Приложение №3  
к приказу департамента  
здравоохранения Тюменской области  
« 17 » января 2013г. № 22

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

Я, \_\_\_\_\_  
Ф.И.О. одного из родителей, опекуна, иного законного представителя

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. рождения  
Проживающий (-ая) по адресу: \_\_\_\_\_  
адрес одного из родителей, опекуна, попечителя, иного законного представителя

\_\_\_\_\_ контактный телефон

Даю добровольное информированное согласие на проведение медицинских вмешательств моему ребенку

\_\_\_\_\_ Ф.И.О. ребенка, от имени которого, выступает законный представитель

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. рождения, чьим законным представителем я являюсь,  
Проживающего по адресу: \_\_\_\_\_  
фактический адрес проживания ребенка

При оказании первичной медико-санитарной, неотложной и скорой медицинской помощи в оздоровительной и медицинской организации.

Я ознакомлен с перечнем видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие для получения первичной медико-санитарной помощи в доступной для меня форме, а также уведомлен в том, что при оказании неотложной и скорой медицинской помощи я буду информирован по указанному выше телефону. В случае невозможности связаться со мной и при возникновении угрозы жизни моему ребенку решение об объеме и виде медицинского вмешательства определяют врачи медицинской организации. В доступной для меня форме мне даны разъяснения о целях, порядке оказания медицинской помощи.

В случае моего отсутствия уполномочиваю присутствовать при оказании медицинской помощи моему ребенку, чьим законным представителем я являюсь, медицинскому работнику оздоровительной организации.

Информированное добровольное согласие действительно на срок пребывания ребенка в оздоровительной организации с **«30» июня 2025 г. по «20» июля 2025 г.**

\_\_\_\_\_ подпись

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

\_\_\_\_\_ подпись

\_\_\_\_\_ Ф.И.О. уполномоченного лица оздоровительной организации

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2025 г.  
Дата оформления добровольного информированного согласия

## Перечень

видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при получении первичной медико-санитарной помощи:

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия.
3. Антропометрические исследования, спирометрия, динамометрия.
4. Термометрия.
5. Тонометрия.
6. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций.
7. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций.
8. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).
9. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические.
10. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, рэоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных).
11. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования.
12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикочно.
13. Медицинский массаж.
14. Лечебная физкультура.