

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство
во время пребывания на территории Центра выявления, поддержки и развития
способностей и талантов у детей и молодежи в Калининградской области в период
обучения по программе

(наименование образовательной программы)

Я, _____
(Ф.И.О. законного представителя несовершеннолетнего)
_____ года рождения, проживающего по адресу:

(адрес места жительства законного представителя несовершеннолетнего)
Даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство,
предложенное несовершеннолетнему, чьи законным представителем я являюсь

(Ф.И.О. несовершеннолетнего, от имени которого выступает законный представитель)

Проживающему по адресу: _____

Медицинское вмешательство:

Оказание медицинской помощи в связи с возникшим заболеванием: сбор анамнеза и медицинский осмотр несовершеннолетнего. Оказание первичной медико-санитарной помощи в экстренной и неотложной форме, травматологической, стоматологической, осуществляемой в условиях медицинского пункта организации отдыха и оздоровления либо в медицинской организации.

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство не означает освобождение исполнителя медицинских услуг за их ненадлежащее исполнение.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от согласия на медицинское вмешательство несовершеннолетнему, 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».

Законный представитель несовершеннолетнего _____/
(подпись) (Ф.И.О.)

Подпись законного представителя несовершеннолетнего подтверждаю: _____

(Должность, Ф.И.О., подпись)