

**Информированное добровольное согласие  
на удаление клеща**

**в период пребывания в \_\_\_\_\_**  
*(наименование детской оздоровительной организации)*

Я, \_\_\_\_\_,  
*(Ф.И.О., одного из родителей, законного представителя)*  
проживающий (-ая) по адресу: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
контактный сотовый телефон \_\_\_\_\_,  
даю информированное добровольное согласие на удаление клеща моему ребенку

\_\_\_\_\_  
*(Ф.И.О., ребенка, дата рождения)*

\_\_\_\_\_, ЧИМ  
законным представителем я являюсь, при оказании первичной медико-санитарной помощи (в соответствии с приказом Минздрава России от 13.06.2018 г. № 327н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи несовершеннолетним в период оздоровления и организованного отдыха») в

\_\_\_\_\_  
*(наименование детской оздоровительной 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 скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи я буду информирован по вышеуказанному 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.

Разрешаю в случае необходимости решения вопросов, связанных со здоровьем моего ребенка, сообщать по телефонам:

телефон	Ф.И.О. законного представителя ребенка, родственника

Информированное добровольное согласие действительно на срок пребывания ребенка в «*наименование детской оздоровительной организации*» с «\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_\_ г. до «\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_\_ г.

Подпись \_\_\_\_\_  
*(Ф.И.О., одного из родителей, законного представителя)*

«\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_\_ год.

*Дата оформления информированного добровольного согласия*