

Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи.

В соответствии с требованиями статьи № 20 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», Федерального закона от 21.11.2013 г. № 317-ФЗ даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (далее - Перечень), а именно:

- опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза;
- осмотр в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия;
- фарингоскопия, непрямая ларингоскопия;
- спирометрия;
- термометрия;
- тонометрия;
- неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций;
- неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций;
- введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутривожно, для получения первичной медико-санитарной помощи лицом;

а также я даю согласие на иную медицинскую помощь, необходимую для сохранения жизни и здоровья моего ребёнка, включая доставку ребёнка в медицинские учреждения за пределами места размещения и возвращение обратно, которое осуществляется медицинскими работниками места размещения.

Настоящее согласие действует на время пребывания моего ребёнка при реализации туристического продукта. Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес общества с ограниченной ответственностью «ЛИНГВИН – КЭМП» по почте заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручен лично под расписку представителю в адрес общества с ограниченной ответственностью «ЛИНГВИН – КЭМП». При заболевании и госпитализации моего ребёнка в лечебные учреждения за пределами места размещения прошу вас проинформировать меня.