

Информированное добровольное согласие родителя (законного представителя) обучающегося на обследование и (или) госпитализацию несовершеннолетнего по медицинским показаниям в медицинскую организацию, находящуюся за пределами ФГБОУ "ВДЦ "Океан"

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф. И. О. родителя/законного представителя)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу:  
(дата рождения родителя/законного представителя)

\_\_\_\_\_ (адрес регистрации родителя/законного представителя)

В ОТНОШЕНИИ \_\_\_\_\_  
(Ф. И. О. ребёнка)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ года рождения, проживающего по адресу:  
(дата рождения ребёнка)

\_\_\_\_\_ (в случае проживания не по месту жительства родителя/законного представителя)

даю информированное добровольное согласие в случае возникновения необходимости и наличия обоснованных показаний для проведения обследования и (или) лечения в условиях стационара за пределами ФГБОУ "ВДЦ "Океан» (далее – Центр), в интересах сохранения и улучшения здоровья лица, родителем (законным представителем) которого я являюсь. Согласен(-на) на госпитализацию этого лица в медицинскую организацию для оказания необходимой медицинской помощи, в том числе хирургической, гинекологической, урологической, наркологической и психиатрической, в медицинских организациях, имеющих лицензию на оказание медицинской помощи по данным видам деятельности и обработку персональных данных: фамилия, имя, отчество (при наличии), дата и место рождения, адрес, контактный телефон, полис ОМС, СНИЛС, данные о состоянии здоровья, заболеваниях; другая информация, запрашиваемая сотрудниками стационара, обязанными хранить профессиональную тайну, в рамках соблюдения законодательства Российской Федерации в отношении несовершеннолетнего.

Мне разъяснено, что я имею право:

– ознакомиться с целями и методами оказания медицинской помощи, связанными с ними рисками, последствиями, осложнениями;

– отказаться от госпитализации несовершеннолетнего по медицинским показаниям в медицинскую организацию, находящуюся за пределами Центра, для оказания первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи или потребовать её прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Настоящее согласие действует на время пребывания моего ребёнка в Центре.

Я оставляю за собой право отозвать своё согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Центра по почте заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручен лично под расписку представителю Центра.

Дата: « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(подпись) / (фамилия, инициалы)