**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство в отношении определенного вида медицинского вмешательства**

 Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г. рождения,

*Ф.И.О. гражданина, одного из родителей, иного законного представителя*

проживающий по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*адрес гражданина, одного из родителей, иного законного представителя*

даю информированное добровольное согласие в соответствии с требованиями статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ«Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» на предложенное мне, моему ребенку, лицу, чьи законным представителем я являюсь (ненужное зачеркнуть)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Ф.И.О. ребенка, лица, от имени которого, выступает законный представитель*

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г. рождения, проживающего по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*адрес ребенка*

Медицинским работником вАОУ УР «РОЦОД» (в детском оздоровительном лагере «Лесная страна»), в доступной для меня форме мне даны разъяснения о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что перед осуществлением медицинского вмешательства я имею право отказаться от медицинского вмешательства. До меня была доведена исчерпывающая информация обо всех возможных побочных эффектах и осложнениях, в соответствии с инструкциями, возможность ознакомления с которыми мне была предоставлена.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Подпись,                       Ф.И.О. гражданина, одного из родителей, иного законного представителя*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Подпись,                                   Ф.И.О. медицинского работника*

«\_\_\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.

*Примечание.*

В соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство подписывает законный представитель в отношении ребенка до 15-летнего возраста (в общей практике, т.е. за исключением наркологии, ВИЧ-инфекции и трансплантологии), а также в отношении недееспособного лица, если такое лицо по своему состоянию не способно дать согласие на медицинское вмешательство.

**Согласие родителей (опекунов/попечителей) на психологическое/ тьюторское сопровождение ребенка в АОУ УР «РОЦОД»**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО)

Согласен(а)   на  психологическое / тьюторское сопровождение моего ребенка\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(ФИО)

*Психологическое сопровождение* ребенка включает в себя, но не ограничиваясь:

- психологическую диагностику;

- консультирование детей и законных представителей по результатам диагностики;

- участие ребенка в развивающих занятиях. тренингах, деловых играх;

- консультирование законных представителей (по желанию)

- при необходимости - посещение ребенком коррекционно-развивающих занятий.

*Тьюторское сопровождение* ребенка включает в себя, но не ограничиваясь:

- консультирование по созданию ИОМ, ИОП, Индивидуального проекта;

- консультирование детей и законных представителей по ресурсам открытого образования;

- участие ребенка в развивающих занятиях, тренингах, деловых играх;

- консультирование законных представителей (по желанию).

*Психолог/тьютор обязуется:*

- предоставлять информацию о результатах психологической /тьюторской работы с ребенком

при обращении законных представителей;

- не разглашать личную информацию, полученную в процессе индивидуальной беседы с ребенком и его законными представителями.

|  |
| --- |
| *Конфиденциальность может быть нарушена в следующих ситуациях:*  Если ребенок сообщит о намерении нанести серьезный вред себе или другим лицам;  Если ребенок сообщит о жестоком обращении с ним или другими;  Если материалы индивидуальной работы будут затребованы правоохранительными/судебными органами.  Или иных случаях, предусмотренных законодательством РФ. |
|  |

*Законные представители имеют право:*

        - обратиться к психологу /тьютору АОУ «РОЦОД» по интересующему вопросу;

- отказаться от психологического/тьюторского сопровождения ребенка (или отдельных его компонентов, указанных выше), предоставив заявление об отказе на имя директора.

*От АОУ УР «РОЦОД»* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Должность) (Подпись) (ФИО)

Я подтверждаю, что являюсь родителем (законным представителем) вышеупомянутого ребенка и являюсь совершеннолетним. Я прочитал(а) вышеупомянутую информацию и полностью понял(а) ее содержание, настоящее Согласие дано мною «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г. и действует на все время обучения моего ребенка в АОУ УР «РОЦОД»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Подпись) (ФИО)