

**Согласие на госпитализацию несовершеннолетнего по медицинским показаниям в медицинскую организацию, находящуюся за пределами ФГБОУ «МДЦ «Артек»**  
***Consent for hospital admission of a minor, due to medical condition, to a health center located off the premises of the Federal State Budget Educational Institution «International Child Centre «Artek»***

Я / I, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. родителя (законного представителя)/ full name of the parent (legal representative) of the minor)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ года рождения / date of birth, зарегистрированный по адресу/permanent address: \_\_\_\_\_

Законный представитель (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель - подчеркнуть) / Legal representative (mother, father, adoptive parent, official guardian, trustee - underline)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. несовершеннолетнего / Full name of the minor)

даю информированное добровольное согласие на госпитализацию несовершеннолетнего / hereby give voluntary informed consent for the hospital admission of the minor

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. несовершеннолетнего/ Full name of the minor)

родителем/законным представителем которого я являюсь, по медицинским показаниям в медицинскую организацию, находящуюся за пределами ФГБОУ «МДЦ «Артек» (далее - Центр) для оказания первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи / acting as a parent/legal representative of the above-mentioned minor and consent for him/her to be admitted, according to medical indications, to the health center located off the premises of the ICC «Artek» (hereinafter – Centre) for general and specialized medical services/medical treatment.

Медицинским работником / Healthcare worker \_\_\_\_\_  
(должность, Ф.И. О. медицинского работника/ title, full name)\*

\*Заполняется в случае личного присутствия родителя (законного представителя) в МДЦ Артек» /To be completed by personal presence of a parent (legal representative) at ICC «Artek»

мне разъяснено, что я имею право 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 ее прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N48, ст.6724; 2012, N26, ст.3442, 3446)/ has explained to me that I have the right to refuse hospital admission of the above-mentioned minor, according to medical indications, to health center located off the premises of the Centre for general and specialized medical services/medical treatment or require its termination except for cases specified by the part 9 article 20, Federal Law No. 323-FZ of November 21, 2011, 'On fundamental healthcare principles in the Russian Federation' (Legislation Bulletin of the Russian Federation, 2011, No.48, article 6724; 2012, No. 48, article 6724;2012, No.26, articles 3442, 3446).

\_\_\_\_\_  
(подпись) / (signature)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И. О. законного представителя гражданина/ full name of the parent (legal representative)

Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты. Настоящее согласие действует на время пребывания моего ребенка в Центре. Я оставляю за собой право отозвать свое 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 / I read and understood a consent, agreed and accepted on all clauses, which are clear for me. The consent remains in force while my child is staying in the Centre. I hereby reserve the right to withdraw my consent through settling an appropriate document in written form that could be proceed to the Centre by registered mail with delivery notification or delivered personally to the authorized Centre representative.

\_\_\_\_\_  
(подпись / signature)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И. О. медицинского работника / full name of the healthcare worker)

\_\_\_\_\_  
(подпись / signature)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И. О. родителя или законного представителя несовершеннолетнего / full name of the parent or legal representative of the minor)

**Отказ от госпитализации несовершеннолетнего по медицинским показаниям в медицинскую организацию, находящуюся за пределами ФГБОУ «МДЦ «Артек»**  
**Refusal of hospital admission of a minor according to medical indications to health center located outside the territory of the Federal State Budget Educational Institution «International Child Centre «Artek»**  
*To be filled in only in the personal presence of a parent (legal representative)*

Я / I, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. родителя (законного представителя) / full name of the parent (legal representative) of the minor)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ года рождения / date of birth, зарегистрированный по адресу / permanent address: \_\_\_\_\_

Законный представитель (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель – подчеркнуть) / Legal representative (mother, father, adoptive parent, guardian, trustee - underline)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. несовершеннолетнего / full name of the minor)

отказываюсь от госпитализации вышеуказанного несовершеннолетнего / hereby give my voluntary informed refusal of hospital admission of the minor,

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. несовершеннолетнего / full name of the minor)

родителем/законным представителем которого я являюсь, по медицинским показаниям в медицинскую организацию, находящуюся за пределами ФГБОУ «МДЦ «Артек» (далее – Центр) для оказания первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи /the parent / operate as a parent/legal representative of the above-mentioned minor, according to medical indications to the health center located outside the territory of the ICC «Artek» (hereinafter – Centre) for general and specialized medical services/medical treatment.

Медицинским работником / Healthcare worker \_\_\_\_\_  
(должность, Ф.И. О. медицинского работника/ title, full name)

в доступной для меня форме мне разъяснены возможные последствия отказа от госпитализации несовершеннолетнего по медицинским показаниям в медицинскую организацию, находящуюся за пределами Центра для оказания первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи (далее – отказ от госпитализации), в том числе вероятность развития осложнений заболевания и критических состояний. Мне разъяснено, что я имею право оформить согласие на госпитализацию несовершеннолетнего по медицинским показаниям в медицинскую организацию, находящуюся за пределами ФГБОУ «МДЦ «Артек» / has explained to me all possible consequences of refusal of hospital admission of the minor according to medical indications to the health center located outside the territory of the Centre for general and specialized medical services/medical treatment (hereinafter - refusal of hospital admission), including potential development of complications from the illness and critical conditions. I make this statement knowing that I hereby reserve the right to execute a consent for hospital admission of a minor according to medical indications to health center located outside the territory of the ICC «Artek» for general and specialized medical services/medical treatment.

\_\_\_\_\_  
(подпись / signature)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. медицинского работника / full name of the healthcare worker)

Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты. Настоящий отказ действует на время пребывания моего ребенка в Центре. Я оставляю за собой право отозвать свой отказ от госпитализации 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. / I read and understood a refusal, agreed and accepted on all clauses, which are clear for me. The refusal remains in force while my child is staying in the Centre. I hereby reserve the right to withdraw my refusal through settling an appropriate document in written form that could be proceed to the Centre by registered mail with delivery notification or delivered personally to the authorized Centre representative.

\_\_\_\_\_  
(подпись / signature)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И. О. медицинского работника / full name of the healthcare worker)

\_\_\_\_\_  
(подпись / signature)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. родителя или законного представителя несовершеннолетнего / full name of the parent (legal representative)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ (Дата/date)