

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ, ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ, МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

Я, _____
(Ф.И.О. родителя, законного представителя)

(Ф.И.О. ребенка)

в соответствии со ст.40 Федерального закона от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан РФ», Указом «О внесении изменений в Указ Главы Республики Башкортостан от 18 марта 2020 года № УГ-111 «Повышенная готовность», Приказом МЗ РБ и Управления Роспотребнадзора по РБ от 29.06.2020 г. № 639-А/181-пр «Об организации работы санаторно-курортных учреждений в условиях сохранения рисков распространения COVID-19» даю свое согласие на:

1. На обработку персональных данных.

1.1. В соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006г. "О персональных данных" N 152-ФЗ подтверждаю согласие на обработку ГАУЗ КДС РБ персональных данных «Родителя (законного представителя)»/«Ребенка».

2. На санаторно-курортное лечение в ГАУЗ КДС РБ

2.1. Я даю согласие на проведение санаторно-курортного лечения, согласно утвержденным стандартам на оказание медицинской помощи, консультацию и госпитализацию в территориальное ЛПУ в случае возникновения острых и неотложных состояний или обострении хронических заболеваний.

2.2. Я информирован о том, что в соответствии с санитарными нормами и правилами в целях обеспечения безопасности жизни и здоровья «Ребенка», предотвращения распространения внутрибольничной инфекции, профилактики возникновения острых инфекционных заболеваний, соблюдения графика приема процедур и внутреннего распорядка:

- не допускается отъезд «Ребенка» на выходные и праздничные дни;
- посещение «Ребенка» в ГАУЗ КДС РБ предпочтительнее в следующие дни – суббота с 17.00 до 19.00 час., воскресенье с 10.00 до 13.00 и с 17.00 до 19.00 час.
- ведется видеонаблюдение в коридорах помещений и по периметру территории ГАУЗ КДС РБ;
- запрещается иметь при себе электрокипятильники, бельевые веревки, колющие и острые режущие предметы (ножи, лезвия бритвы, маникюрные ножницы), сигареты, зажигалки, спички, аэтон-содержащие жидкости, лекарственные препараты, скоропортящиеся продукты, газированные напитки, алкоголь-содержащие напитки.

2.3 «Родитель (законный представитель)»/«Ребенок» *Дает/не Дает* согласие (нужное подчеркнуть) на проведение фото-видеосъемки с его участием и на дальнейшее использование материалов на официальном сайте ГАУЗ КДС РБ и на официальных страницах ГАУЗ КДС РБ в социальных сетях.

2.4. ГАУЗ КДС РБ не несет ответственности за пропажу личных вещей.

2.5. В случае порчи имущества санатория на основании ст. 1073, ст. 1074 Гражданского кодекса РФ законными представителями возмещается нанесенный ущерб.

2.6. В случае нарушения «Ребенком» внутреннего распорядка, режима пребывания в санатории он будет выписан досрочно с уведомлением «Родителя (законного представителя)».

3. На медицинское вмешательство.

3.1. Мне разъяснены и понятны суть заболевания моего «Ребенка» и опасности, связанные с дальнейшим развитием этого заболевания. Я понимаю необходимость проведения необходимых манипуляций (процедур), выполняемых в рамках заключенного настоящего договора.

3.2. Мне полностью ясно, что во время указанной манипуляции (процедуры) или после нее могут развиваться осложнения, что может потребовать дополнительного вмешательства (лечения).

3.3. Я уполномочиваю врачей выполнить любую процедуру или дополнительное вмешательство, которое может потребоваться в целях лечения, а также в связи с возникновением непредвиденных ситуаций.

3.4. Я поставил(а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических реакциях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных «Ребенком» и известных мне «Родителю» заболеваниях, травмах, операциях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня во время жизнедеятельности, принимаемых лекарственных средствах, проводившихся ранее переливаниях крови и ее компонентов. Сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

3.5. Я согласен(а), что при несоблюдении назначений и рекомендаций, лечащий врач не несет ответственности за результаты лечения «Ребенка».

3.6. Я согласен(а), что в случае ухудшения самочувствия, при появлении первых признаков осложнений на фоне проводимого лечения «Родитель/законный представитель»/«Ребенок» должен(а) незамедлительно обратиться к лечащему врачу или заместителю главного врача по медицинской части.

4. Я удостоверяю, что текст добровольного информированного согласия на оказание медицинских услуг, на обработку персональных данных, на медицинское вмешательство мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют.

Экстренная связь. Указать домашний телефон «Родителей/законного представителя», а если будут отсутствовать дома, телефон ответственного лица (совершеннолетнее лицо, которому, в случае отсутствия родителей, доверяется решение значимых вопросов по ребенку).

Контактные телефоны (домашний, рабочий, мобильный)	Домашний адрес

ФИО «Родителя (законного представителя)» _____ Подпись _____

Дата _____

Анкета для родителей, поступающих в ДОВО

(заполняется родителями)

1. Фамилия, имя ребенка _____
2. Возраст ____ лет, дата рождения _____ № школы ____ нас. пункт _____
3. Есть ли противопоказания для занятия спортом? _____
4. Как ребенок плавает? Не умеет/немного держится на воде/боится воды/плавает/хорошо плавает
(нужное обвести)
5. Есть ли у ребенка индивидуальная непереносимость продуктов питания, лекарств. Если да, то на какие?

6. Часто ли ребенок болеет? Если да, то чем? _____
с каким заболеванием состоит на диспансерном учете _____
есть ли заболевания, требующие постоянного приема лекарственных препаратов (эпилепсия, наследственные
заболевания и прочее)? _____
Название препаратов _____
медикаменты в лагерь брать запрещено, но если есть такая необходимость, то укажите подробно, что это
за лекарство, как его принимать и не забудьте сдать при оформлении документов

наличие энуреза есть/нет (нужное обвести) _____
какие хронические болезни есть, возможно ли обострение? _____
были ли травмы (переломы, ушибы, сотрясения и т.п.) за последние полгода _____
подробней о проблемах, _____
7. Я, _____, несу ответственность за
достоверность представленных сведений о состоянии ребенка. Подпись _____
8. Я, согласно ст. 32 "Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан", даю
информированное согласие на оказание медицинской помощи, на консультацию и госпитализацию в
территориальное ЛПУ ребенка при острых состояниях или обострении хронических состояний.
Подпись _____
9. Дополнительные сведения о ребенке, на что следует обратить внимание, как помочь

10. Экстренная связь. В таблице указывается домашний телефон родителей, а если будут отсутствовать
дома, телефон ответственного лица (совершеннолетнее лицо, которому, в случае отсутствия родителей,
доверяется решение значимых вопросов по ребенку)
ФИО _____

Контактные телефоны (домашний, рабочий, мобильный)	Домашний адрес (подробно)

Ф.И.О. полностью, заполнившего анкету _____
степень родства _____
подпись _____ дата _____