

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, осуществляемое в рамках санаторно-курортного лечения/медицинской реабилитации/отдыха и оздоровления

Я _____ (фамилия, имя, отчество законного представителя полностью, собственноручно)

паспорт _____, Выдан _____, являюсь законным
(серия, номер) (кем, когда)

представителем ребенка _____,
(Ф.И.О. ребенка полностью, год рождения)

поступившего на лечение/медицинскую реабилитацию/отдых и оздоровление в Государственное автономное учреждение здравоохранения Республиканский психоневрологический санаторий для детей, в том числе для детей с родителями «Акбузат».

Настоящим подтверждаю, что, согласно моей воли, в доступной для меня форме получил(а) полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях заболевания представляемого ребенка, а также о том, что предстоит делать во время проведения исследований, лечебных процедур и коррекционных воздействий.

Добровольно даю свое согласие на проведение представляемому ребенку, в соответствии с назначениями врача:

- диагностических исследований, в т.ч. опрос, выявление жалоб, сбор анамнеза, осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, антропометрические исследования, термометрия, тонометрия, исследование функций нервной системы чувствительной и двигательной сферы; неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций, органа слуха и слуховых функций; функциональные методы обследования (электрокардиография, электроэнцефалография); ультразвуковые исследования.

- лечебных процедур: физическими методами (в т.ч. климат, воздух и аэрозоли, пресная и минеральная вода, кумыс, тепло, свет, звук, травы, грязь, токи низкого и высокого напряжения, электромагнитное поле, давление, акупунктура, медицинский массаж, ЛФК) и, при необходимости, введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно.

- коррекционных воздействий: педагогических, психологических, логопедических.

Необходимость других методов обследования и лечения будет мне разъяснена дополнительно.

Мне также в доступной форме разъяснено и понятно следующее:

1. Цели, методы оказания медицинских услуг в санатории, связанные с ними риски, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, возможность непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи, характер и возможные неблагоприятные эффекты диагностических и лечебных процедур.

2. Существуют противопоказания:

- при приеме таблетированных препаратов – наличие аллергической реакции, индивидуальная непереносимость.
- при проведении лечебных процедур физическими методами - опухоли, острые воспалительные и гнойные процессы, системные заболевания крови, лихорадка, обширные нарушения целостности кожного покрова и расстройства кожной чувствительности в местах наложения электродов, беременность, индивидуальная непереносимость тока, непереносимость лекарственных средств, прогрессирующие органические заболевания нервной системы, заболевания сердечно-сосудистой системы в стадии декомпенсации, наличие кардиостимулятора, кровотечения, эпилепсия, кахексия, наличие металлических конструкций, наличие слухового аппарата и кохлеарного импланта в зоне воздействия,
- дополнительно для транскраниальной микрополяризации - травмы головы с потерей сознания, нейрохирургические операции в анамнезе, наличие имплантов.

3. Для достижения желаемого результата может потребоваться курс процедур, результат процедур не может быть полностью предопределен, т.к. зависит от биологических особенностей организма. Представляемому ребенку необходимо регулярно принимать назначенные процедуры и другие методы лечения, выполнять рекомендации персонала санатория, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых, не прописанных лекарственных средств.

Я предупрежден(а) и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима приема процедур и препаратов и самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья представляемого ребенка.

Я поставил(а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем представляемого ребенка, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов и физических методов лечения, обо всех перенесенных им и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и прочих факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на него во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах.

Я сообщил(а) правдивые сведения, известные мне, о наследственности представляемого ребенка, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

Я согласен(сна) на осмотр представляемого ребенка другими медицинскими работниками исключительно в медицинских целях с учетом сохранения врачебной тайны.

Я, (Ф.И.О.) _____,

имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы относительно возможных вариантов медицинских вмешательств, коррекционных воздействий, риска и опасности для здоровья, связанных с их проведением, и получил(а) на них удовлетворяющие меня ответы, ознакомлен(а) и согласен(сна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены и мною поняты и добровольно даю свое согласие на обследование и лечение представляемого ребенка в предложенном объеме.

Разрешаю, в случае необходимости, предоставить информацию о диагнозе представляемого ребенка, степени тяжести и характере заболевания, проведенном лечении в целях проведения экспертизы качества оказания медицинской помощи, а также следующим родственникам, иным лицам: _____

Законный представитель (Ф.И.О., подпись): _____ « _____ » _____ 20 ____ г.

Расписался в моем присутствии: Врач (Ф.И.О., подпись): _____

СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных, разрешенных для распространения

Я (далее - представитель Субъекта), _____,
(фамилия, имя, отчество)

документ, удостоверяющий личность _____ № _____, выдан _____
(вид документа)

_____, зарегистрированный (ая) по адресу: _____
(кем и когда)

_____, являясь родителем/законным представителем
несовершеннолетнего (далее – Субъект) _____,
(фамилия, имя, отчество, дата рождения)

документ, удостоверяющий личность _____ № _____,
выдан _____
(вид документа)

_____,
(кем и когда)

зарегистрированный _____ (ая) _____ по _____ адресу: _____

даю свое согласие ГАУЗ РПНС «Акбюзат» (далее - Оператор), зарегистрированному по адресу: РБ, Уфимский район, д.Уптино, ул.Медовая, зд.16, на распространение персональных данных Субъекта в информационных, рекламных и маркетинговых целях на следующих условиях:

1. Перечень персональных данных Субъекта, передаваемых Оператору для распространения (**отметить да/нет**):

- фамилия, имя, отчество _____ (да/нет);
- возраст/дата рождения _____ (да/нет);
- фотоизображение _____ (да/нет);
- видеоизображение _____ (да/нет);
- адрес проживания _____ (да/нет).

2. Представитель Субъекта дает согласие на распространение Оператором персональных данных Субъекта, то есть совершение, в том числе следующих действий (**отметить да/нет**):

- ознакомление с персональными данными неограниченного круга лиц, в том числе обнародование персональных данных в средствах массовой информации, размещение в информационно-телекоммуникационных сетях, в т.ч. интернет-ресурсах, официальных страницах и социальных сетях Оператора, или предоставление доступа к персональным данным каким-либо иным способом _____ (да/нет).

Общее описание вышеуказанных способов обработки данных приведено в Федеральном законе от 27.07.2006 № 152-ФЗ "О персональных данных".

3. Настоящее согласие может быть отозвано Субъектом в порядке, установленном Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ "О персональных данных".

4. Настоящее согласие действует со дня его подписания до дня отзыва в письменной форме.

5. Субъект по письменному запросу имеет право на получение информации, касающейся обработки его персональных данных (в соответствии с п.4 ст.14 Федерального закона от 27.06.2006 № 152-ФЗ).

« _____ » _____ 20 _____ г. _____
Подпись ФИО

Подтверждаю, что ознакомлен (а) с положениями Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных», права и обязанности в области защиты персональных данных мне разъяснены и понятны.

« _____ » _____ 20 _____ г. _____
Подпись ФИО

ЛИСТ ОЗНАКОМЛЕНИЯ С ПРАВИЛАМИ ПРЕБЫВАНИЯ В ГАУЗ РПНС «АКБУЗАТ»

Я _____
(фамилия, имя, отчество законного представителя полностью, собственноручно)

паспорт: _____, выдан _____
(серия, номер) (кем, когда)

являюсь законным представителем ребенка _____
(Ф.И.О. ребенка полностью, год рождения)

поступившего на лечение/медицинскую реабилитацию/отдых и оздоровление в Государственное автономное учреждение здравоохранения Республиканский психоневрологический санаторий для детей, в том числе для детей с родителями «Акбузат».

Я подтверждаю, что мой ребенок владеет навыками личной гигиены, способен к самостоятельному проведению ежедневных гигиенических процедур и способен самостоятельно принимать душ, мыть голову, одеваться, объективно оценивать степень загрязнения своей одежды, при необходимости самостоятельно стирать свое нижнее белье, одеваться по погоде. Я, как родитель (законный представитель), обеспечил ребенка средствами личной гигиены (расческа, мыло, зубная паста, зубная щетка, мочалка, шампунь и т.п.), сменной бельем, сменной обувью, теплой одеждой.

Я, как родитель (законный представитель), информирован и согласен с тем, что телефон

(указать модель телефона, телефонный номер)

моего ребенка во время его пребывания в ГАУЗ РПНС «Акбузат» будет храниться в ординаторской корпуса 2, отделения №1/на посту медицинской сестры отделения №4 и выдаваться в пользование с 17.00 ч. до 19.00 ч. ежедневно.

Я ознакомлен(а) с Правилами проживания и внутреннего распорядка для отдыхающих ГАУЗ РПНС «Акбузат», лечебно-охранительным режимом и обязуюсь их соблюдать, обеспечить их соблюдение ребенком.

Пребывание в санатории, заезд и выезд осуществлять строго согласно датам, указанным в путевке.

Не привозить и не использовать электрокипятильники, колющие и режущие предметы, сигареты, зажигалки, спички, бельевые веревки, ацетоносодержащие жидкости (в т.ч. для снятия лака, клей), скоропортящиеся продукты (колбасные, молочные, кондитерские изделия), газированные напитки, алкогольсодержащие напитки (в т.ч. пиво, коктейли и др.), а также не согласованные с лечащим врачом лекарственные препараты.

Детям в целях безопасности не подходить близко и не кормить животных (в т.ч. лошадей) на территории санатория.

Детям категорически запрещено курить на территории санатория и распивать алкогольные напитки.

Я информирован(а) о том, что в случае нарушения Правил проживания и внутреннего распорядка для отдыхающих ГАУЗ РПНС «Акбузат», отдыхающий может быть выписан досрочно (с предварительным уведомлением законного представителя при нарушениях, допущенных ребенком).

Я согласен(сна) на проведение фотосъемки, аудио/видеозаписи с моим участием и/или участием представляемого мной ребенка.

Я уведомлен(а) о том, что санаторий не несет ответственности за пропажу личных вещей, в связи с чем рекомендовано не иметь при себе мобильные телефоны и зарядные устройства к ним, наличные деньги, ювелирные украшения, фото-, видео-, аудиоаппаратуру.

В случае утраты или порчи имущества санатория отдыхающими (сопровождающим лицом или ребенком) ущерб возмещается в соответствии со ст.1064,1073,1074 Гражданского кодекса Российской Федерации.

Я предупрежден(а) и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима приема процедур и препаратов и самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья представляемого ребенка.

Я сообщил(а) правдивые сведения, известные мне, о наследственности представляемого ребенка, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы, связанные с пребыванием представляемого ребенка в данном санатории, и получал(а) на них исчерпывающие ответы.

Я предоставляю следующие номера телефонов и сведения о домашнем адресе для экстренной связи по всем вопросам, связанным с пребыванием представляемого ребенка в данном санатории:

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

Я (Ф.И.О.) _____ ознакомлен(а) и согласен(сна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены и мною поняты.

Законный представитель (Ф.И.О., подпись): _____ « _____ » _____ 20__ г.

Расписался в моем присутствии: Врач (Ф.И.О., подпись): _____

СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных

Я (далее - Субъект), _____,
(фамилия, имя, отчество)
документ, удостоверяющий личность _____ № _____, выдан _____
(вид документа) (кем)
_____, зарегистрированный (ая) по адресу: _____
(когда)

_____, являясь _____
(родителем/законным представителем – написать кем)
несовершеннолетнего _____
(ФИО несовершеннолетнего, дата рождения)
документ, удостоверяющий личность несовершеннолетнего _____ № _____, выдан _____
(вид документа)
_____, зарегистрированный(ая) по адресу: _____
(кем, когда)

даю свое согласие Государственному автономному учреждению здравоохранения Республиканский психоневрологический санаторий для детей, в том числе для детей с родителями «Акбузат», зарегистрированному по адресу: РБ, Уфимский район, д. Уптино, ул. Медовая, 16 (далее – Оператор), на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации, в том числе с использованием информационных систем персональных данных, обработку персональных данных, в целях осуществления гражданско-правовых отношений и организации оказания медицинской помощи, на следующих условиях:

1. Перечень персональных данных Субъекта, передаваемых Оператору на обработку:

- фамилия, имя, отчество, пол Субъекта;
- дата рождения Субъекта;
- данные документа, удостоверяющего личность Субъекта;
- фактический адрес проживания Субъекта;
- контактный телефон (дом., мобильный, рабочий) Субъекта;
- адрес электронной почты Субъекта;
- сведения о состоянии здоровья, результатах анализов Субъекта;
- номер страхового свидетельства обязательного пенсионного страхования Субъекта;
- данные полиса ОМС/ДМС Субъекта.

2. Перечень персональных данных несовершеннолетнего, передаваемых Оператору на обработку:

- фамилия, имя, отчество, пол несовершеннолетнего;
- дата рождения несовершеннолетнего;
- данные документа, удостоверяющего личность несовершеннолетнего;
- фактический адрес проживания несовершеннолетнего;
- сведения о состоянии здоровья, диагнозе, результатах анализов несовершеннолетнего;
- номер страхового свидетельства обязательного пенсионного страхования несовершеннолетнего;
- данные полиса ОМС/ДМС несовершеннолетнего;

3. Субъект дает согласие на обработку Оператором вышеотмеченных персональных данных Субъекта и/или несовершеннолетнего, то есть совершение, в том числе, следующих действий: обработку (включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных), при этом общее описание вышеуказанных способов обработки данных приведено в Федеральном законе от 27.07.2006 № 152-ФЗ.

4. Настоящее согласие может быть отозвано Субъектом в порядке, установленном Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ "О персональных данных".

5. Настоящее согласие действует со дня его подписания до дня отзыва в письменной форме.

6. Субъект по письменному запросу имеет право на получение информации, касающейся обработки его персональных данных (в соответствии с п.4 ст.14 Федерального закона от 27.06.2006 № 152-ФЗ).

« _____ » _____ 20 ____ г. _____
подпись ФИО

Подтверждаю, что ознакомлен(а) с положениями Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных», права и обязанности в области защиты персональных данных мне разъяснены.

« _____ » _____ 20 ____ г. _____
подпись ФИО

АНКЕТА
Эпидемиологический анамнез на COVID-19

Ф.И.О. представителя _____
Ф.И.О. ребенка _____, дата рождения _____

Показатели	Сопровождающий (заполнить для путевки «МиД»)		Ребенок	
	ДА	НЕТ	ДА	НЕТ
Температура тела на дату осмотра				
Находились ли Вы в контакте за последние 14 дней со знакомыми, родственниками или коллегами, у которых лабораторно подтвержден диагноз коронавирусной инфекции.				
Имеете ли Вы положительный результат лабораторного исследования мазка из носоглотки/ротоглотки на наличие РНК COVID-19 без отрицательного результата по итогам повторного тестирования.				
Болели ли Вы COVID-19 (если да, то когда)				
Отмечаете ли Вы у себя наличие признаков острых респираторных вирусных инфекций (ОРВИ), внебольничной пневмонии, таких как:				
Повышенная температура тела (выше 37,1 С)				
Кашель				
Насморк				
Затруднённое дыхание / боли в груди				
Потеря обоняния				
Принимаете ли Вы в настоящий момент противовирусные препараты?				
Вы были в контакте с кем-то, у кого были какие-либо из вышеперечисленных симптомов? Если да, то когда?				
Был ли контакт с людьми, вернувшимися из-за границы				
Был ли Вы за последние 3 недели за пределы РФ				

Дата заполнения _____

Подпись представителя _____

Информированное согласие
на период неблагоприятной эпидемиологической обстановки
по заболеваемости новой коронавирусной инфекцией COVID-19

Я, _____

(Ф.И.О. законного представителя полностью, собственноручно)

паспорт _____ выдан _____

являюсь родителем/законным представителем ребенка _____

(Ф.И.О. полностью, дата рождения)

Мне, согласно моей воли, даны полные и всесторонние разъяснения о том, что в настоящее время сохраняется неблагоприятная эпидемиологическая обстановка по заболеваемости новой коронавирусной инфекцией COVID-19 и **существует опасность заражения в период нахождения в санатории.**

В связи с этим при возникновении у меня (для сопровождающего лица по путевке «Мать и дитя») или у моего ребенка клинических проявлений острой вирусной инфекции, **обязуюсь не позднее 12 часов с момента заболевания выехать с ребенком из санатория (для лиц по путевке «Мать и дитя») / забрать ребенка из санатория,** с последующим обращением в поликлинику по месту жительства.

Претензий к персоналу санатория в связи с этим не имею.

При невозможности выехать/забрать ребенка из санатория в указанный срок даю свое информированное согласие на госпитализацию меня и/или ребенка в инфекционную больницу.

Подпись родителя/законного представителя: _____

Дата: _____ 20__ г.

Расписался в моём присутствии:

Подпись и Ф.И.О. медработника: _____

**Анкета для родителей детей, поступающих на отдых и оздоровление
в ГАУЗ РПНС «Акбузат»
(заполняется родителями)**

1. Фамилия, имя ребенка _____
2. Возраст _____ лет, дата рождения _____ № школы _____ нас.пункт _____
3. Есть ли противопоказания для занятия спортом? _____
4. Есть ли у ребенка индивидуальная непереносимость продуктов питания, лекарств. Если да, то, какие? _____

5. Часто ли ребенок болеет? Если да, то чем? _____
с какими заболеваниями состоит на диспансерном учете _____
есть ли заболевания, требующие постоянного приема лекарственных препаратов (эпилепсия, наследственные заболевания и прочие)? 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, _____

6. Я, _____, несу ответственность за достоверность представленных сведений о состоянии ребенка. Подпись _____

7. Я, согласно ст.20 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», даю информированное согласие на оказание медицинской помощи, на консультацию и госпитализацию в территориальное ЛПУ ребенка при острых состояниях или обострении хронических состояний. Подпись _____

8. Дополнительные сведения о ребенке, на что следует обратить внимание, как помочь _____

9. 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 тел. (дом., раб., мобильный)	Домашний адрес (подробно)

Ф.И.О. полностью, заполнившего анкету _____

Степень родства _____

Подпись _____ дата _____

Анкета для родителей, отправляющих детей на отдых и оздоровление в санаторий «Акбузат»

1. Ф.И.О. (родителя) _____

2. Место вашей работы?

3. Ф.И.О. ребенка (игровое имя) _____

4. Дата рождения Вашего ребенка _____

5. Как вы узнали о нашей санатории? _____

6. В который раз Ваш ребенок отдыхает у нас? _____

7. Ваш телефон, e-mail
(разборчиво): _____

8. Школа № и какой класс закончил Ваш ребенок?

9. Медицинские данные:

• Диеты, какие пищевые продукты не рекомендуются

• Склонность к простудным заболеваниям

• Как переносит солнце

• Реакция на укусы насекомых

• Указать какие и когда были переломы

• Есть ли у ребенка последствия перенесенных операций, травм, др.: ДА/НЕТ (нужное подчеркнуть)
какого рода _____

• Имеются ли ограничения на занятия спортом ДА/НЕТ (нужное подчеркнуть)

Если ДА, то перечислите какие _____

• Аллергические заболевания (какие и на что)

• Аллергия на лекарственные препараты

• Хронические заболевания

• Принимает ли ребенок какие-либо лекарственные препараты на момент его отправки в Лагерь, если принимает, то какие и в каких дозах _____

• Иные важные медицинские показания и особенности здоровья

10. Другие данные о ребенке

11. Чем увлекается Ваш ребенок? _____

12. Как бы Вы охарактеризовали Вашего ребенка: _____

13. Испытывает ли Ваш ребенок трудности в общении с другими детьми? _____

14. Что бы вы порекомендовали улучшить в нашем санатории? _____

С уважением,
главный врач санатория «Акбузат» Г.Д. Имаева