

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество гражданина полностью, собственноручно)

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

настоящим подтверждаю, что, согласно моей воли, в доступной для меня форме получил(а) полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях имеющегося у меня (представляемого) заболевания/ состояния.

Добровольно даю свое согласие на проведение мне в Государственном автономном учреждении здравоохранения Республиканский психоневрологический санаторий для детей, в том числе для детей с родителями «Акбузат», 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.

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. В целях повышения результативности 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 моего здоровья.

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

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

Я согласен(сна) на осмотр 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, 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 в предложенном объеме.

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

Гражданин (Ф.И.О., подпись): _____

« _____ » _____ 20____ г.

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

СОГЛАСИЕ на обработку персональных данных

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

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, зд.16 (далее – Оператор), на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации, в том числе с использованием информационных систем персональных данных, обработку следующих персональных данных, то есть совершение, в том числе, следующих действий: обработку (включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных), в целях осуществления гражданско-правовых отношений и организации оказания медицинской помощи:

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

Общее описание вышеперечисленных способов обработки данных приведено в Федеральном законе от 27.07.2006 № 152-ФЗ. Настоящее согласие может быть отозвано Субъектом ПДн в порядке, установленном Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ "О персональных данных".

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

Представитель Субъекта ПДн или Субъект ПДн 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). 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

СОГЛАСИЕ

на обработку персональных данных, разрешенных для распространения

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

даю свое согласие Государственному автономному учреждению здравоохранения Республиканский психоневрологический санаторий для детей, в том числе для детей с родителями «Акбузат» (далее - Оператор), зарегистрированному по адресу: РБ, Уфимский район, д.Уптино, ул.Медовая, зд.16, на распространение своих персональных данных в информационных, рекламных и маркетинговых целях на следующих условиях:

1. Перечень персональных данных, 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. Субъект дает согласие на распространение Оператором своих персональных данных, 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);
- передачу персональных данных определенному кругу лиц _____ (да/нет); в случае согласия указать кому _____.

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

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.

« ____ » _____ 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 ознакомлен(а) с Правилами проживания и внутреннего распорядка для отдыхающих ГАУЗ РПНС «Акбузат», лечебно-охранительным режимом и обязуюсь их соблюдать, обеспечить их соблюдение ребенком, в том числе:

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.

Лицам, сопровождающим детей, лично водить ребенка на лечебные процедуры, коррекционно-педагогические занятия, развлекательные мероприятия, в столовую.

Лицам, сопровождающим детей, а также детям в целях безопасности не подходить близко и не кормить животных (в т.ч. лошадей) на территории санатория.

Лицам, сопровождающим детей, а также 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 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 – представитель Субъекта ПДн), _____, _____

(фамилия, имя, отчество)

документ, удостоверяющий личность _____ № _____, выдан _____

(вид документа)

(кем, когда)

_____, зарегистрированный (ая) по адресу: _____

являясь _____ несовершеннолетнего (далее – Субъекта ПДн) _____

(родителем/законным представителем – написать кем)

_____, документ, удостоверяющий личность несовершеннолетнего _____

(ФИО несовершеннолетнего, дата рождения)

серия, № _____, выдан _____

(кем, когда)

зарегистрированный(ая) по адресу: _____

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, зд.16 (далее – Оператор), на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации, в том числе с использованием информационных систем персональных данных, обработку следующих персональных данных Субъекта ПДн, то есть совершение, в том числе, следующих действий: обработку (включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных), в целях осуществления гражданско-правовых отношений и организации оказания медицинской помощи:

- 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.

Общее описание вышеперечисленных способов обработки данных приведено в Федеральном законе от 27.07.2006 № 152-ФЗ.

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

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

Представитель Субъекта ПДн или Субъект ПДн 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). 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

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

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: _____