

**Информированное добровольное согласие
на санаторно-курортное лечение и получение медицинских услуг
в ФГБУ ДС «Белокуриха» имени В.В. Петраковой Минздрава России**

Я, (ФИО) _____

являясь законным представителем (мать, отец, опекун, попечитель, сопровождающий):

ФИО ребёнка _____, года рождения _____, в соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» подтверждаю, что согласно моей воле в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания санаторно-курортного лечения, получения медицинских услуг, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания санаторно-курортного и оздоровительного лечения, получения медицинских услуг.

1. Я информирован(а) о том, что медицинские услуги в санатории проводятся по утверждённым НИИ курортологии и физиотерапии медицинским технологиям и методикам, разрешённым к применению Минздравом России. До моего сведения доведено, какие услуги будут оказаны моему ребёнку и то, что медицинские услуги оказываются после осмотра врача и необходимых обследований.

2. Я получил(а) информацию о возможности связи с лечащим врачом, извещен(а) в доступной форме о целях, характере и неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также о том, что предстоит делать во время их проведения.

3. Я предупреждён(а) о возможных осложнениях и неблагоприятном воздействии на здоровье неоконченного курса лечения в случае досрочного отъезда или самовольного отказа от процедур.

4. Я ознакомлен с распорядком дня, правилами лечебно-охранительного режима, правилами пребывания в санатории и даю согласие на их выполнение моим ребёнком. Я информирован(а) о том, что потребители, нарушающие распорядок дня и правила поведения в санатории, создающие этим поведением угрозу здоровью или жизни себе и окружающим, подлежат досрочной выписке и должны немедленно покинуть санаторий.

5. Я поставил(а) в известность врача, **письменно (в анкете)** обо всех проблемах, связанных со здоровьем и индивидуальными особенностями, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных травмах, операциях, заболеваниях, о принимаемых лекарственных средствах моего ребёнка. Я сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств моим ребёнком (в анкете).

6. Я также ознакомлен(а) с наличием в санатории узких специалистов: **отоларинголог, стоматолог, гастроэнтеролог, физиотерапевт, детский невролог-остеопат, детский гинеколог, кардиолог, психолог, врач функциональной диагностики, врач ультразвуковой диагностики, пульмонолог, рефлексотерапевт, и наличием клинической лаборатории.**

7. Я информирован(а) о том, что в случае необходимости моему ребёнку будет оказана неотложная медицинская помощь в условиях стационара: консультации: хирурга, травматолога, окулиста, уролога, инфекциониста, дерматолога, эндокринолога; обследования в: биохимической лаборатории, рентген кабинете; оперативное и консервативное лечение (неотложные хирургические вмешательства различной степени, лечение обострений бронхиальной астмы средней и тяжёлой степени, лечение острой пневмонии и тяжёлой формы гриппа, лечение инфекционных заболеваний (ветряная оспа, корь, краснуха, эпидпаротит и др). При переводе в стационар осуществляется постоянный контакт лечащего врача с врачами стационара, проводится дополнительное питание, а при необходимости и лечение за счёт санатория.

8. Я даю своё согласие, в случае необходимости, на лечение и обследование в условиях стационара моего ребёнка.

9. Я даю своё согласие на лечение и необходимое обследование в санатории моего ребёнка, в том числе, на проведение в отношении моего ребёнка следующих медицинских процедур и манипуляций (опросы, осмотры, заборы биологических жидкостей, взятие образцов биоматериала, функциональные исследования) в целях формирования сведений для назначения процедур в рамках основного/сопутствующего заболевания, подозрений/жалоб различного характера, в том числе урологического и гинекологического.

10. Я предупреждён о том, что могу собственноручно внести поправки в данное информированное согласие.

11. Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с п.5 ч. 5 ст. 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии здоровья ребёнка, законным представителем которого я являюсь
ФИО _____ по телефону _____

Дата _____ Подпись законного представителя: _____ Подпись от исполнителя: _____

ПИСЬМЕННОЕ СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

(заполняется собственноручно)

Я,

_____ фамилия, имя, отчество родителя (опекуна)

Законный представитель ребёнка:

_____ фамилия, имя, отчество ребёнка

Адрес (по месту
регистрации)
Паспорт: серия, №
Выдан: орган/дата

в соответствии с требованиями ст. 9 ФЗ от 27.07.2006 «О персональных данных» № 152-ФЗ **подтверждаю своё согласие** на обработку уполномоченными должностными лицами ФГБУ ДС «Белокуриха» им. В.В. Петраковой Минздрава России, расположенного по адресу: Алтайский край, г. Белокуриха, улица Славского 14, далее – «Оператор»,

1 - персональных данных, включающих: ФИО, пол, домашний адрес, данные документа удостоверяющего личность, место работы и должность, рабочий, домашний и мобильный телефоны родителей, опекунов, других лиц, представляющих интересы ребёнка,

2 – персональных данных, включающих: ФИО ребёнка, пол, дату рождения, место рождения, гражданство, данные документа удостоверяющего личность, образование, адрес проживания, место и дату регистрации, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данных о состоянии здоровья моего ребёнка

_____ фамилия, имя, отчество ребёнка

заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских и иных санаторно-курортных услуг. Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными и персональными данными моего ребенка, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение, совершаемые как с использованием средств автоматизации, так и без использования таких средств. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, в формы медицинской документации, включения в списки (реестры) и отчетно-учетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) в уполномоченные государственные и муниципальные органы и организации. Даю согласие на то, что Оператор в ходе своей деятельности может поручать обработку (хранение) персональных данных другому должностному лицу Оператора. При этом обязательным условием поручения обработки персональных данных другому лицу является обязанность сторон по соблюдению конфиденциальности и обеспечению безопасности персональных данных при их обработке. Передача моих персональных данных и данных моего ребенка иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия. Согласие на обработку персональных данных вступает в силу с даты его подписания и действует бессрочно. Персональные данные хранятся у Оператора в течение срока хранения документов, предусмотренных действующим законодательством РФ. Согласие на обработку персональных данных может быть отозвано на основании письменного заявления. В случае отзыва согласия Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате, оказанной до этого медицинской помощи (санаторно-курортной услуги). Оператор вправе продолжить обработку персональных данных без согласия субъекта при наличии оснований, указанных в пунктах 2-11 части 1 статьи 6, части 2 статьи 10 и части 2 статьи 11 Федерального закона от 27.07.2006г. № 152-ФЗ «О персональных данных». Я предупрежден, что согласно ст. 61 Федерального закона РФ от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» предоставление персональных данных и сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия субъекта персональных данных или его законного представителя допускается: в целях обследования и лечения пациента, не способного из-за своего состояния выразить свою волю; при угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений, и поражений; по запросу органов дознания и следствия, прокурора и суда в связи с проведением расследований или судебным разбирательством; при наличии оснований, позволяющих полагать, что вред здоровью пациенту причинён в результате противоправных действий.

Контактный телефон(ы) _____

Подпись _____ / _____ / « ____ » _____ 20 ____ г.

АНКЕТА

Заполняется родителями, отправляющими ребёнка в ФГБУ детский санаторий «Белокуриха» имени В.В. Петраковой Министерства здравоохранения Российской Федерации

ФИО ребёнка _____

Дата рождения и класс _____

Домашний адрес _____

Домашний телефон _____

Сведения о родителях (опекунах):

ФИО мамы _____

Место работы и должность мамы _____

Рабочий и мобильный телефон мамы _____

ФИО папы _____

Место работы и должность папы _____

Рабочий и мобильный телефон папы _____

Дополнительная информация о ребёнке:

Наличие аллергических реакций: _____ -
пищевых _____

- медикаментозных _____ -

бытовых _____

Перенесенные детские инфекции, операции _____

Сведения для воспитателя об особенностях поведения _____

Жалобы по основному диагнозу направления на СКЛ _____

Жалобы по сопутствующему диагнозу направления на СКЛ _____

Проведенное за последний год амбулаторное и стационарное лечение _____

Ранее полученное санаторно-курортное лечение _____

Наличие полного курса прививок от клещевого энцефалита или страхование от клещевого энцефалита _____

Если Ваш ребенок получает противорецидивное лечение, Вам необходимо сообщить об этом лечащему врачу и сдать все лекарства медицинскому персоналу, с указанием дозировки, кратности приема и длительности курса.

Лекарственные препараты без четкого письменного назначения врача, в нестандартной форме, с нарушенной целостностью упаковки не принимаются.

ДОКУМЕНТЫ РЕБЁНКА, ПОДЛЕЖАЩИЕ СДАЧЕ В ПРИЁМНОМ ОТДЕЛЕНИИ:

1. Путевка.
2. Санаторно-курортная карта.
3. Справка об отсутствии контакта с инфекционными больными.
4. Выписка из амбулаторной карты.
5. Копия паспорта (свидетельства о рождении) ребенка.
6. Копия медицинского полиса ребенка.
7. Копия сертификата о прививках с обязательным указанием реакции Манту.
8. Анкета, информированное согласие и согласие на обработку персональных данных.
(можно скачать на сайте)
9. Справка из школы с текущими оценками (в учебный период).

ВНИМАНИЕ!

1. Доводим до сведения родителей, что за оставленные ребёнку ценные вещи (телефоны, планшеты, смартфоны, игровые приставки, музыкальные устройства, ноутбуки, украшения, видео и фотокамеры) и личные деньги, не сданные на хранение -

САНАТОРИЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ НЕ НЕСЁТ,

так как создать полноценные условия хранения в детском учреждении невозможно.

2. В целях соблюдения санаторного режима, исключения посещения сайтов, несущих угрозу физическому и психологическому здоровью, организации активного участия в учебном, лечебном и досуговом процессе, полноценного отдыха и сна находящихся на санаторно-курортном лечении детей, в период пребывания в санатории пользование телефонами, планшетами, ноутбуками, игровыми приставками и музыкальными устройствами, а также иными электронными средствами связи **ОГРАНИЧЕНО!**

При заезде детей на санаторно-курортное лечение все вышеперечисленные устройства сдаются в индивидуальном пакете, подписанные, в выключенном виде дежурному воспитателю и оставляются на хранение в несгораемом шкафу у дежурной медсестры. Выдача детям и пользование телефонами, планшетами, ноутбуками, игровыми приставками и музыкальными устройствами разрешается с 14:30 до 15:30 (местное время), после 15:30 (местного времени) все телефоны, планшеты, ноутбуки, игровые приставки и музыкальные устройства должны быть сданы также в индивидуальном пакете, подписанные, в выключенном виде дежурному воспитателю.

Время пользования телефонами согласовано с режимом дня санатория.

3. Дети, нарушающие распорядок дня и правила пребывания в детском санатории, создающие этим поведением угрозу здоровью или жизни себе и окружающим, подлежат досрочной выписке без компенсации за неиспользованную часть путёвки.

4. Дети, выписывающиеся из санатория без родителей (самостоятельный отъезд) или с сопровождающим, должны иметь доверенность на отъезд, заверенную нотариально или в отделе кадров по месту работы законного представителя.

ПРОГУЛКИ ДЕТЕЙ С РОДИТЕЛЯМИ И САМОСТОЯТЕЛЬНО ЗА ПРЕДЕЛАМИ ТЕРРИТОРИИ САНАТОРИЯ ЗАПРЕЩЕНЫ!

(Основание: приказы от 18 августа 2010 года Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации № 693н, Министерство внутренних дел Российской Федерации № 604, Федеральная служба безопасности Российской Федерации № 403 «Об утверждении инструкции по обеспечению антитеррористической защищенности санаторно-курортных учреждений, приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 5 мая 2016 г. № 279н «Об утверждении Порядка организации санаторно-курортного лечения».

Подпись законного представителя _____ Расшифровка подписи _____

Дата _____

**Информированное добровольное согласие
на дополнительную платную медицинскую услугу, не включенную в
стоимость путёвки – очищение кишечника (кишечный мониторинг)
ГИДРОКОЛОНОТЕРАПИЯ
(при наличии показаний)**

Я, (ФИО) _____,
являюсь законным представителем (мать, отец, опекун, попечитель, сопровождающий):
ФИО ребёнка _____, года рождения _____,
информирован о возможности получения, во время санаторно-курортного лечения,
дополнительных платных процедур, не включенных в стоимость путёвки –
оздоровление организма, через дозированное лечебное промывание кишечника, с
помощью аппарата «Гидроколонографии».

1. Я информирован о том, что **этот высокоэффективный метод ведёт к
очищению кишечника и организма в целом от токсинов, аллергенов, шлаков,
восстанавливает эвакуаторную функцию кишечника, нормализует микрофлору
кишечника, улучшает всасывание питательных веществ, ведёт к снижению
заболеваний и быстрейшему выздоровлению ребёнка, повышает защитные силы
организма, значительно улучшает состояние кишечника, печени, кожи.**

2. Я информирован о показаниях для гидроколонографии:

- а) - хронические запоры;
- б) - хронические интоксикации (лекарственные, печёночные, почечные);
- в) - заболевания кожи: аллергический дерматит, псориаз, угревая сыпь;
- г) - бронхиальная астма, аллергический ринит, аллергический синусит;
- д) - ожирение;

3. Я информирован о возможных реакциях при проведении гидроколонографии:

- а) - Индивидуальная непереносимость процедуры.
- б) - Кратковременное повышение газообразования кишечника.

4. Я получил информацию, о необходимом количестве процедур, для достижения
положительного результата. **Рекомендуемое количество процедур: 3 – 5.**

5. Я предупреждён(а) о возможных осложнениях и неблагоприятном воздействии на
здоровье неоконченного курса лечения в случае досрочного отъезда или
самовольного отказа от процедур.

6. Я даю своё согласие на проведение моему ребёнку курс гидроколонографии.

Я, _____
(ФИО законного представителя)

разрешаю провести моему ребёнку гидроколонографию

_____, возраст _____ лет
(ФИО ребёнка)

Лечение оплатил. Деньги сданы кассиру в сумме _____ руб.

(_____)

Лечение будет оплачено при выписке ребёнка из санатория, оплату гарантирую.
(нужное подчеркнуть)

Дата _____

Подпись _____

**Информированное добровольное согласие
на платные, дополнительные процедуры на аппарате «ГИНЕТОН»
(низкочастотная ультразвуковая терапия на аппарате «Гинетон»
(при наличии показаний))**

Я, (ФИО) _____,
являюсь законным представителем (мать, отец, опекун, попечитель, сопровождающий):
ФИО ребёнка _____, года рождения _____,
информирован о возможности получения, во время санаторно-курортного лечения,
дополнительных платных процедур, не включенных в стоимость путёвки, на
аппарате «Гинетон».

**1. Я информирован о том, что этот высокоэффективный метод ведёт к
быстрейшему выздоровлению ребёнка, повышает защитные силы организма,
значительно улучшает состояние женских половых органов, предупреждает
развитие женского бесплодия в будущем.**

2. Я информирован о показаниях для лечения на аппарате «Гинетон»:

- а) - Вульвит;
- б) - Вульвовагинит;
- в) - Генитальный герпес;
- г) - Кольпит;
- д) - Генитальный кандидоз;
- е) - Дистрофические изменения женских половых органов;

3. Я информирован о возможных осложнениях при лечении на аппарате «Гинетон»:

- а) - Индивидуальная непереносимость ультразвука.**
- б) - Местные аллергические реакции.**

**4. Я получил информацию, о необходимом количестве процедур, для достижения
положительного результата. Рекомендуемое количество процедур: 8 – 10.**

**5. Я предупреждён(а) о возможных осложнениях и неблагоприятном воздействии на
здоровье неоконченного курса лечения в случае досрочного отъезда или
самовольного отказа от процедур.**

6. Я даю своё согласие на лечение моего ребёнка на аппарате «Гинетон».

Я, _____
(ФИО законного представителя)

разрешаю провести лечение на аппарате «Гинетон»

_____, возраст _____ лет
(ФИО ребёнка)

Лечение оплатил. Деньги сданы кассиру в сумме _____ руб.

(_____)

Лечение будет оплачено при выписке ребёнка из санатория, оплату гарантирую.
(нужное подчеркнуть)

Дата _____

Подпись _____

**Информированное добровольное согласие
на платные, дополнительные процедуры остеопатии
(краниосакральная терапия)
(при наличии показаний)**

Я, (ФИО) _____,
являюсь законным представителем (мать, отец, опекун, попечитель, сопровождающий):
ФИО ребёнка _____, года рождения _____,
информирован о возможности получения, во время санаторно-курортного лечения,
дополнительных платных процедур, не включенных в стоимость путёвки –
краниосакральную терапию.

1. Я информирован о том, что этот высокоэффективный метод улучшает функциональное состояние всего организма, отдельных органов и систем. На фоне краниосакральной терапии повышается эффективность других методов лечения. Восстанавливается движение, улучшается метаболизм нервной ткани.

2. Я информирован о показаниях для краниосакральной терапии:

- а) - иммунокоррекция;
- б) - коррекция задержки психомоторного развития;
- в) - коррекция постурального равновесия и нарушения осанки;
- г) - последствие черепно-мозговой травмы;
- д) - последствие нейроинфекций (энцефалиты, менингиты);
- е) - вегетативные дисфункции, головные боли;
- ж) - ЛОР-заболевания (гайморит, аденоидит, тонзиллит, отит);

3. Я информирован о возможных реакциях после получения краниосакральной терапии: **а) - Индивидуальные реакции в виде кратковременных головокружений.**

4. Я получил информацию, о необходимом количестве процедур, для достижения положительного результата. **Рекомендуемое количество процедур: 3 сеанса.**

5. Я предупреждён(а) о возможных осложнениях и неблагоприятном воздействии на здоровье неоконченного курса лечения в случае досрочного отъезда или самовольного отказа от процедур.

6. Я даю своё согласие на проведение моему ребёнку краниосакральной терапии.

Я, _____
(ФИО законного представителя)

разрешаю провести моему ребёнку краниосакральную терапию

_____, возраст _____ лет
(ФИО ребёнка)

Лечение оплатил. Деньги сданы кассиру в сумме _____ руб.

(_____)

Лечение будет оплачено при выписке ребёнка из санатория, оплату гарантирую.
(нужное подчеркнуть)

Дата _____

Подпись _____

**Информированное добровольное согласие
на платные, дополнительные процедуры на аппарате «ТОНЗИЛЛОР»
(низкочастотная ультразвуковая терапия на аппарате «Тонзиллор»)
(при наличии показаний)**

Я, (ФИО) _____,
являюсь законным представителем (мать, отец, опекун, попечитель, сопровождающий):
ФИО ребёнка _____, года рождения _____,
информирован о возможности получения, во время санаторно-курортного лечения,
дополнительных платных процедур, не включенных в стоимость путёвки, на
аппарате «Тонзиллор».

1. Я информирован о том, что **этот высокоэффективный метод ведёт к снижению заболеваний, быстрейшему выздоровлению ребёнка, повышает защитные силы организма, значительно улучшает состояние носоглотки, миндалин, аденоидов.**

2. Я информирован о показаниях для лечения на аппарате «Тонзиллор»:

- а) - частые ОРЗ;
- б) - частые ангины (2 и более раз в год);
- в) - Хронический тонзиллит (без ангин), с обострениями;
- г) - Хронический аденоидит;
- д) - Хронический фарингит;
- е) - Гипертрофия нёбных миндалин;
- ж) - Аденоиды;

3. Я информирован о возможных осложнениях при лечении на аппарате
«Тонзиллор»: **а) - Индивидуальная непереносимость ультразвука.**

б) - Местные аллергические реакции.

4. Я получил информацию, о необходимом количестве процедур, для достижения
положительного результата. **Рекомендуемое количество процедур: 8 – 10.**

5. Я предупреждён(а) о возможных осложнениях и неблагоприятном воздействии на
здоровье неоконченного курса лечения в случае досрочного отъезда или
самовольного отказа от процедур.

6. Я даю своё согласие на лечение моего ребёнка на аппарате «Тонзиллор».

Я, _____
(ФИО законного представителя)

разрешаю провести лечение на аппарате «Тонзиллор»

_____, возраст _____ лет
(ФИО ребёнка)

Лечение оплатил. Деньги сданы кассиру в сумме _____ руб.

(_____)

Лечение будет оплачено при выписке ребёнка из санатория, оплату гарантирую.
(нужное подчеркнуть)

Дата _____

Подпись _____

**Информированное добровольное согласие
на дополнительную платную медицинскую услугу, не включенную в
стоимость путёвки, на установке ТАЛАТЕРМ (медицинская капсула)
(проведение тепловых процедур и ароматерапии)
(при наличии показаний)**

Я, (ФИО) _____,
являюсь законным представителем (мать, отец, опекун, попечитель, сопровождающий):
ФИО ребёнка _____, года рождения _____,
информирован о возможности получения, во время санаторно-курортного лечения,
дополнительных платных процедур, не включенных в стоимость путёвки –
проведение тепловых процедур и ароматерапии на установке ТАЛАТЕРМ.

**1. Я информирован о том, что этот высокоэффективный метод СПА лечения
улучшает функциональное состояние организма. На фоне его применения
повышается эффективность других методов лечения. Этот метод, благодаря
тепловому и паровому воздействию, ведёт к повышению потоотделения,
выведению из организма солей, токсинов и шлаков. Даёт тонизирующий и
успокаивающий эффект.**

2. Я информирован о показаниях для лечения в капсуле ТАЛАТЕРМ:

- а) - заболевания суставов (артриты, артрозы, ревматизм);
- б) - заболевания позвоночника (остеохондроз, радикулит);
- в) - вегетативные дисфункции с повышенным и пониженным АД;
- г) - нарушение жирового и водно-солевого обмена (ожирение, подагра);
- д) - при лечении мышечной боли (миалгии, миозиты);

3. Я информирован о возможных реакциях после получения процедур на установке
ТАЛАТЕРМ: **а)-Индивидуальная непереносимость тепловых процедур и масел
(реакции на тепловые процедуры, реакции на ароматические масла)**.

4. Я получил информацию, о необходимом количестве процедур, для достижения
положительного результата. **Рекомендуемое количество процедур: 3 сеанса.**

5. Я предупреждён(а) о возможных осложнениях и неблагоприятном воздействии на
здоровье неоконченного курса лечения в случае досрочного отъезда или
самовольного отказа от процедур.

6. Я даю своё согласие на проведение моему ребёнку процедур на установке
ТАЛАТЕРМ.

Я, _____
(ФИО законного представителя)

разрешаю провести моему ребёнку лечение на установке ТАЛАТЕРМ

_____, возраст _____ лет
(ФИО ребёнка)

Лечение оплатил. Деньги сданы кассиру в сумме _____ руб.

(_____)

Лечение будет оплачено при выписке ребёнка из санатория, оплату гарантирую.
(нужное подчеркнуть)

Дата _____

Подпись _____