

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, _____,

ФИО родителя или законного представителя

паспорт _____, выдан

серия номер когда, кем

(в случае опекуинства / попечительства указать реквизиты документа, на основании которого осуществляется опека или попечительство) _____,

являющийся _____ родителем _____ (законным _____ представителем) _____ ребенка

паспорт (свидетельство о рождении) _____, выдан

серия номер когда, кем

адрес проживания

в соответствии с требованиями статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», Федерального закона от 21.11.2013 г. № 317-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации и признании утратившими силу отдельных положений законодательных актов Российской Федерации по вопросам охраны здоровья граждан в Российской Федерации»,

даю ООО «Туроператор Черномор», ИНН 7725676102, ОГРН 1097746533829, местонахождение: 117105, г. Москва, Варшавское шоссе, дом 35, строение 1, офис 6, в связи с направлением ребенка на отдых в ДЛ «Смарт Кэмп», расположенный по адресу: Республика Крым, г. Евпатория, пгт Заозерное, улица Аллея Дружбы, дом 29, **информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство.**

Я доверяю медицинским работникам выполнение исследований, вмешательств и лучевых исследований, если таковое будет продиктовано медицинской необходимостью и целесообразностью и выполнено в соответствии с действующими стандартами и правилами.

Я даю согласие на проведение при необходимости следующих вмешательств:

1. Медицинский осмотр при заезде ребенка в ДЛ «Смарткэмп», в течение смены через каждые семь дней.
2. Проведение взвешивания ребенка, спирометрию и измерение мышечной силы кистевым динамометром в начале и в конце смены, измерение роста ребенка.
3. Ежедневный амбулаторный прием, анамнез.
4. Информирование сотрудников (руководителя ДЛ «Смарткэмп», вожатых, инструкторов) о состоянии здоровья ребенка.
5. Коррекцию режима и нагрузок для ребенка с отклонениями в состоянии здоровья.
6. Систематический контроль за состоянием здоровья ребенка.
7. Систематический контроль за соблюдением правил личной гигиены ребенком, сроками проведения банных дней.
8. Своевременную изоляцию и/или госпитализацию, организацию лечения и ухода за ребенком согласно стандартам оказания медицинской помощи и клиническим протоколам лечения, действующим на территории РФ.
9. Осмотр ребенка на педикулез, чесотку, микроспорию.
10. Осмотр, в том числе пальпацию, перкуссию, аускультацию, риноскопию, фарингоскопию, непрямую ларингоскопию.
11. Антропометрические исследования.
12. Термометрию.
13. Тонометрию.
14. Неинвазивные исследования органов зрения и зрительных функций.
15. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций.
16. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).
17. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические.
18. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование кардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, реоэнцефалография, электроэнцефалография.

19.Рентгенологические методы исследования, в том числе флюорография (для лиц, старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования, магнитно-резонансная томография, компьютерная томография.

20.Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно.

21.Анестезиологическое пособие.

22.Пункцию суставов и внутрисуставное введение лекарственных средств.

23.Закрытую репозиция при переломах.

24.Промывание желудка.

25.Очистительная и лечебная клизма.

26.Обработка ран и наложения повязок, швов.

27.Хирургическое лечение гнойно-некротических процессов.

28.Оказание гинекологической и урологической помощи.

29.Оказание наркологической и психиатрической помощи, включая стационарную, в учреждениях здравоохранения, имеющих лицензию на оказание медицинской помощи по данным видам деятельности.

30.Госпитализацию ребенка по медицинским показаниям в лечебные учреждения, находящиеся за пределами ДЛ «Смарткэмп».

31.Брать анализы, пробы, образцы.

Я также даю **согласие на обработку необходимых персональных данных** в объеме и способами, указанными в п. 1.3 ст.11 Федерального закона № 152-ФЗ «О персональных данных».

Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие субъекта персональных данных: фамилия, имя, отчество, дата и место рождения, адрес, контактный телефон, реквизиты, полис ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, другая информация.

Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие: сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передача) в порядке, установленном законодательством РФ, обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных, иные действия.

В доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, возможность направления ребенка на лечение в лечебно-профилактическое учреждение, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты.

Настоящее согласие дано мной «___»___ 201__г. и действует на время пребывания моего ребенка в ДЛ «Смарт Кэмп»,

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес ООО «Туроператор Черномор» или ДЛ «Смарт Кэмп», по почте заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручен лично под расписку представителю ООО «Туроператор Черномор» или представителю ДЛ «Смарт Кэмп».

При заболевании и госпитализации моего ребенка в лечебные учреждения за пределы ДЛ «Смарт Кэмп», прошу вас проинформировать меня по следующим контактными данным: _____.

(номер телефона)

Прочим лицам информацию о состоянии здоровья ребенка не предоставлять.

«___» _____ 201__ г. _____ / _____
подпись фамилия, инициалы