

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, _____
(фамилия, имя, отчество родителя, законного представителя)
проживающий по адресу: _____
законный представитель (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) несовершеннолетнего (нужное подчеркнуть)
_____ (фамилия, имя, отчество несовершеннолетнего до 18 лет)

В соответствии с требованиями статьи № 20 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», Федерального закона от 21.11.2013 г. № 317 - ФЗ даю **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 нахождении ребенка в ООО «НЦП и ДП и РИ», и в течение смены.
2. Проведение взвешивания ребенка, спирографию и измерение мышечной силы кистевым динамометром в начале и в конце смены, измерение роста ребенка. Ежедневный амбулаторный прием, анамнез. Информирование сотрудников (начальника лагеря, воспитателей, тренеров) о состоянии здоровья ребенка.
3. Коррекцию режима и нагрузок для ребенка с отклонениями в состоянии здоровья.
4. Систематический контроль за состоянием здоровья ребенка; систематический контроль за соблюдением правил личной гигиены ребенком.
5. Своевременную изоляцию и/или госпитализацию, организацию лечения и ухода за ребенком согласно стандартам оказания медицинской помощи и клиническим протоколам лечения, действующим на территории РФ. Госпитализацию детей по медицинским показаниям в лечебные учреждения, находящиеся за пределами ООО «НЦП и ДП и РИ».
6. Осмотр ребенка на педикулез, чесотку, микроспорию; осмотр, в том числе пальпацию, перкуссию, аускультацию, проведение других функциональных методов исследования по медицинским показаниям; антропометрические исследования; термометрию; тонометрию.
7. Не инвазивные исследования органов зрения и зрительных функций; не инвазивные исследования органа слуха и слуховых функций; исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).
8. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечное, внутривенное, подкожное, внутрикожное. Промывание желудка; очистительная и лечебная клизма; обработка ран и наложения повязок, швов.
9. Закрытую репозицию при переломах.

Я также даю **согласие на обработку необходимых персональных данных** ООО «НЦП и ДП и РИ» (ИНН 9110009490 г. Евпатория, Заозерное, ул. Аллея Дружбы 1) в объеме и способами, указанными в п. 1.3 ст.11 Федерального закона № 152-ФЗ «О персональных данных» (как с использованием средств автоматизации, так и на бумажных носителях).

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 (сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование), уничтожение персональных данных со всеми данными, которые находятся в распоряжении ООО «НЦП и ДП и РИ», а также предоставлять сведения в случаях, предусмотренных федеральными законами и иными нормативно-правовыми актами, моих персональных данных указанных выше.

Разрешаю обмен (прием, передачу, обработку) моих персональными данными между ООО «НЦП и ДП и РИ» и третьими лицами в соответствии с заключенными договорами и соглашениями, в целях соблюдения моих законных прав и интересов. Также разрешаю ООО «НЦП и ДП и РИ» использование фото – и видеозаписей с участием указанного ребенка в том числе в рекламных целях.

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 в день подписания и действует на время пребывания моего ребенка в ООО «НЦП и ДП и РИ» и в течение года после окончания пребывания.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес ООО «НЦП и ДП и РИ» по почте заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручен лично под расписку представителю ООО «НЦП и ДП и РИ».

При заболевании и госпитализации моего ребенка в лечебные учреждения за пределы Центра прошу вас проинформировать меня по следующим контактными данным: _____

(номер телефона)

Прочим лицам информацию о состоянии здоровья ребенка не предоставлять.

Законный представитель:

(подпись)

(Ф.И.О.)

Дата « _____ » _____ 2021г.