

# Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество законного представителя полностью)

\_\_\_\_\_ (контактный телефон)  
проживающий(ая) по адресу: \_\_\_\_\_

Паспортные данные законного представителя \_\_\_\_\_

В соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23.04.2012г. № 390н, настоящим предоставляю в адрес санатория «Надежда» ПАО «ТООАЗ» информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств.

Я доверяю медицинским работникам, назначенных приказом в указанной организациях, выполнение исследований, вмешательств и лучевых исследований, если таковое будет продиктовано медицинской необходимостью и целесообразностью, и выполнено в соответствии с действующими стандартами и правилами моему ребенку, чьим законным представителем я являюсь (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель – нужное подчеркнуть)

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество ребенка полностью, от имени которого, выступает законный представитель)  
« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. рождения,  
проживающего по адресу: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (адрес ребенка, от имени которого, выступает законный представитель)

Я даю согласие на проведение при необходимости следующих вмешательств:

1. Медицинский осмотр при заезде и в течение пребывания, в том числе проведение пальпации, аускультации, риноскопии, фарингоскопии, непрямой ларингоскопии, ректального исследования.
2. Проведение взвешивания, измерение роста, термометрии, измерение артериального давления, пульсоксиметрии.
3. Осмотр на педикулез, чесотку, микроспорию.
4. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
5. Неинвазивные исследования органов зрения и зрительных функций.
6. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций.
7. Исследования функций нервной системы.
8. Амбулаторный прием, осмотр, в том числе узкими специалистами.
9. Проведение лечебных и оздоровительных процедур: физиотерапевтических процедур, в том числе электросветолечения, ингаляционной терапии, ароматерапии, спелеотерапии, нормобарической гипокситерапии, водолечения, в том числе сероводородных ванн, сухих углекислых ванн, фитосауны «Кедровая здравница», тепло-грязелечения, лечебного массажа, вибрационного массажа, полирецепторной терапии, внутривенной озонотерапии, гипербарической оксигенации, внутривенного лазерного облучения крови, карбокситерапии, криотерапии, гирудотерапии, солярия, фитотерапии, приема минеральной воды и кислородных коктейлей, лечебной физкультуры, купания в плавательном бассейне, приема воздушных и солнечных ванн, диетотерапии.
10. Лабораторные методы обследования, в том числе биохимические, клинические, бактериологические, иммуноферментные.
11. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование ЭКГ, спирография, спирография с медикаментозными пробами, реоэнцефалография, реовазография, вариабельность ритма сердца, анализ состава тела «Ганита», осциллометрия на аппарате «Гемодин», экспресс-диагностика на аппарате «Кардиовизор-6», «Кардиовизор-12».
12. Фиброгастроуденоскопия, взятие биоматериала на исследование.
13. Ультразвуковые исследования, доплерографические ультразвуковые исследования.
14. Рентгенографические методы обследования, в том числе рентгенография.
15. Введение и прием лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно.
16. Информирование Главного врача санатория «Надежда» - директора гостиничного комплекса о состоянии здоровья.

17. Коррекцию режима и нагрузок при отклонении в состоянии здоровья.
18. Систематический контроль за состоянием здоровья.
19. Систематический контроль за соблюдением правил личной гигиены, контроль за проведением санитарно-гигиенических мероприятий.
20. Своевременную изоляцию и/или госпитализацию, организацию лечения и ухода согласно стандартам оказания медицинской помощи и клиническим протоколам лечения, действующим на территории РФ.
21. В случае дифференциальной диагностики заболеваний, угрозе жизни и здоровью, обращаться в другие лечебные учреждения за консультацией и лечебной помощью.
22. Промывание желудка.
23. Очистительная и лечебная клизма.
24. Обработка ран и наложения повязок, швов.
25. Оказание гинекологической и урологической помощи.
26. Оказание наркологической и психиатрической помощи, включая стационарную, в учреждениях здравоохранения, имеющих лицензию на оказание медицинской помощи по данным видам деятельности.

Я поставил(а) в известность медицинского сотрудника обо всех проблемах моего ребенка, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на моего ребенка во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

Я поставлен(а) в известность о том, что при наличии медицинских показаний мой ребенок, чьим законным представителем я являюсь, будет доставлен (а) в городские больницы города Тольятти для уточнения состояния здоровья и (или) оказания специализированной медицинской помощи.

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 на лечение в лечебно-профилактические учреждения а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Я ознакомлен(а) и согласен(а) со всеми пунктами настоящего согласия, положения которого мне разъяснены, мною поняты. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов перечисленных медицинских вмешательств, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных ч.9 ст.20 Федерального закона от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я также даю согласие на обработку необходимых персональных данных в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006г. № 152-ФЗ «О персональных данных». Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие: 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. Настоящее согласие действует на время пребывания в санатории «Надежда» ПАО «ТОВАР».

Я согласен на передачу сведений о состоянии моего ребенка, включая сведения составляющие врачебную тайну и персональные данные лицам, осуществляющим представительство и защиту интересов исполнителя медицинских услуг, лечащего врача и медицинских сотрудников в судах, органах контроля и надзора, при претензионной работе и предсудебной подготовке; в иных случаях, когда передача информации обусловлена интересами пациента или требуется по закону – с учетом требований о сохранении врачебной тайны лицами, которым указанная информация станет известной при оказании моему ребенку медицинской помощи.

В случае моего отсутствия уполномочиваю присутствовать при оказании первичной медико-санитарной помощи моему ребенку, чьим законным представителем я являюсь:

---

---

(фамилия, имя, отчество (полностью) лиц, которым предоставляется право присутствовать при оказании первичной медико-санитарной помощи, контактный телефон)

Гость:

---

(подпись)

---

(фамилия, имя, отчество законного представителя полностью)

Медицинский работник санатория «Надежда» ПАО «ТОВАР»

---

(подпись)

---

(Ф.И.О.)

Дата: