

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и обработку персональных данных представителя несовершеннолетнего

Я, _____
(фамилия, имя, отчество родителя, законного представителя)

проживающий по адресу: _____
паспорт серия _____ выдан (код подразделения) _____ дата выдачи _____
законный представитель (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) несовершеннолетнего (нужное подчеркнуть)

_____ (фамилия, имя, отчество несовершеннолетнего до 18 лет)

Мой номер мобильного телефона _____

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 заезде ребенка на детский оздоровительный отдых, осмотр на педикулез, чесотку.
2. Проведение взвешивания ребенка, антропометрию, термометрию, тонометрию.
3. Информирование медицинских работников о состоянии здоровья ребенка.
4. Амбулаторный прием, анамнез, контроль за состоянием здоровья ребенка.
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.

При острой необходимости: Не инвазивные исследования органов зрения и зрительных функций; Не инвазивные исследования органа слуха и слуховых функций; Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы); Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические; Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, спирография; Рентгенологические методы исследования и ультразвуковые исследования, доплерографические исследования, магнитно-резонансная томография, компьютерная томография; Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутривожно; Закрывую репозиция при переломах; Промывание желудка; Очистительная и лечебная клизма; Обработка ран и наложения повязок, швов; Хирургическое лечение гнойно-некротических процессов; Оказание гинекологической и урологической помощи; Оказание наркологической и психиатрической помощи, включая стационарную, в учреждениях здравоохранения, имеющих лицензию на оказание медицинской помощи по данным видам деятельности.

6. Госпитализацию ребенка по медицинским показаниям в лечебные учреждения, находящиеся за пределами Санатория.

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.

Я даю ГБУ РК «КСД и ДР «Здравница» право производить фото-видеосъемку, право размещать фото-видеоматериалы моего ребенка, его фамилию, имя, отчество, возраст на информационных стендах, несущих информацию об участии детей в жизни лагеря, его личных достижениях в соревнованиях, успехах, победах и участии в конкурсах и мероприятиях, а также на официальном сайте школы. Я, даю ГБУ РК «КСД и ДР «Здравница» право размещать списки распределения по отрядам детей на информационном стенде для родителей с указанием фамилии, имени, возраста. Я, даю ГБУ РК «КСД и ДР «Здравница» право создавать и размножать печатную и видео продукцию, содержащую фотографии и видеоматериалы с фрагментами участия ребенка в творческих проектах и спортивных мероприятиях на отдыхе в лагере с указанием ФИО и возраста ребенка. Я, даю ГБУ РК «КСД и ДР «Здравница» право включать фотографии, фамилию, имя, возраст ребенка в отчетные формы по отдыху в санатории.

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 «___» _____ 2024 г. и действует на время пребывания моего ребенка в ГБУ РК «КСД и ДР «Здравница» г.Евпатория, ул.Горького ,21.

Законный представитель _____ / _____
(подпись) (ФИО)