

Некоммерческое партнёрство Санаторий «Зори Ставрополя»
Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) законного представителя)
« ____ » _____ г. рождения, зарегистрированный(ая) по адресу: _____
(дата рождения законного представителя)

(адрес регистрации законного представителя)

проживающий(ая) по адресу: _____
(указывается в случае проживания не по адресу регистрации)
в отношении _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) несовершеннолетнего пациента)

« ____ » _____ г. рождения, проживающего(ей) по адресу: _____
(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

являясь законным представителем (нужное подчеркнуть: мать / отец / усыновитель / опекун / попечитель) несовершеннолетнего пациента, не достигшего 15-летнего возраста, в соответствии со статьёй 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включённых в Перечень определённых видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утверждённый приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (далее — виды медицинских вмешательств, включённых в Перечень), для получения санаторно-курортного лечения лицом, законным представителем которого я являюсь, в Некоммерческом партнёрстве Санаторий «Зори Ставрополя».

Медицинским работником _____
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи (санаторно-курортного лечения), связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включённых в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я даю согласие на проведение следующих видов медицинских вмешательств, включённых в Перечень: 1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза; 2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия; 3. Антропометрические исследования; 4. Термометрия; 5. Тонометрия; 6. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций; 7. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций; 8. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы); 9. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические; 10. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, реоэнцефалография; 11. Рентгенологические методы обследования и рентгенография, ультразвуковые исследования, эндоскопия; 12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикочно; 13. Медицинский массаж; 14. Лечебная физкультура; 15. Терапевтическая стоматология; 16. Физиотерапия.

Я информирован(а), что медицинские услуги в санатории оказываются по утверждённым медицинским технологиям и методикам, стандартам медицинской помощи и клиническим рекомендациям. Медицинские услуги оказываются после осмотра врача и необходимых обследований.

Я даю согласие на проведение в отношении несовершеннолетнего пациента следующих видов санаторно-курортных процедур, назначаемых лечащим врачом по показаниям:

- физиотерапевтические процедуры (электролечение, магнитотерапия, светолечение, лазеротерапия,
- ультразвуковая терапия, теплолечение);
- бальнеотерапия, водолечение, грязелечение;
- ингаляционная терапия, галотерапия;
- лечебная физкультура (индивидуальные и групповые занятия, механотерапия, гидрокинезиотерапия);
- медицинский массаж;
- иные процедуры, назначенные лечащим врачом по показаниям.

Я информирован(а) о возможных побочных реакциях и осложнениях при проведении санаторно-курортного лечения, которые могут быть обусловлены индивидуальными особенностями организма несовершеннолетнего пациента, и о возможности ознакомления с инструкциями по применению медицинских препаратов.

Я обязуюсь письменно (в анкете) сообщить врачу обо всех проблемах, связанных со здоровьем несовершеннолетнего пациента, в том числе об аллергических проявлениях, индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов и продуктов питания, о перенесённых травмах, операциях, заболеваниях, о принимаемых лекарственных средствах.

Я даю согласие на применение всех необходимых по состоянию здоровья несовершеннолетнего пациента лекарственных препаратов, назначаемых лечащим врачом, за исключением:

_____ (указать, если имеются исключения)

Я информирован(а), что в случае выявления острого заболевания или противопоказаний для дальнейшего пребывания возможен перевод несовершеннолетнего пациента в изолятор, другое медицинское учреждение или досрочная выписка.

Я даю согласие на оказание несовершеннолетнему пациенту неотложной медицинской помощи в случае возникновения экстренных состояний.

Я ознакомлен(а) с распорядком дня, правилами лечебно-охранительного режима и правилами внутреннего распорядка санатория и обязуюсь обеспечить их соблюдение несовершеннолетним пациентом.

Согласие на обработку персональных данных

В соответствии с Федеральным законом от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» я даю согласие на обработку персональных данных несовершеннолетнего пациента и моих персональных данных, необходимых для оказания медицинской помощи, в объёме и способами, указанными в п. 1, 3 ст. 3, ст. 11 указанного закона.

Сведения о лицах, которым может быть передана информация о состоянии здоровья

Сведения о выбранном(ых) мною лице(лицах), которому(которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 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 несовершеннолетнего пациента, в том числе после его смерти:

_____ / телефон: _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии), контактный телефон)

Подпись законного представителя:

_____ / _____ / тел.: _____ (подпись) /
(фамилия, имя, отчество (при наличии)) / (телефон)

Подпись медицинского работника:

_____ / _____ (подпись) /
(фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

«__» _____ г. (дата оформления)

Примечание: В соответствии со ст. 20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство подписывает законный представитель в отношении ребёнка, не достигшего 15-летнего возраста (за исключением наркологии, ВИЧ-инфекции и трансплантологии), а также в отношении недееспособного лица, если такое лицо по своему состоянию не способно дать согласие на медицинское вмешательство. Несовершеннолетний старше 15 лет подписывает ИДС самостоятельно.