

Акционерное общество «Ильмен-Тау».

Информированное добровольное согласие на медицинские вмешательства для получения первичной медико-санитарной, неотложной и скорой медицинской помощи в период пребывания в оздоровительной организации

Я, _____
Ф.И.О. одного из родителей, опекуна, попечителя, иного законного представителя

« _____ » _____ г. рождения,

проживающий (-ая) по адресу: _____

_____ адрес одного из родителей, опекуна, попечителя, иного законного представителя

контактный телефон _____

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 даю добровольное информированное согласие на проведение медицинских вмешательств моему ребенку при оказании первичной медико-санитарной, неотложной и скорой медицинской помощи в оздоровительной и медицинской организации, а именно: медицинский осмотр при заезде ребенка в оздоровительный стационарный лагерь круглосуточного пребывания «Райдер Сапс», опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза, осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, антропометрические исследования, спирометрия, динамометрия, термометрия, тонометрия, неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций, неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций, исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы), лабораторные методы обследования, в том числе клинические, функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутривожно, закрытую репозиция при переломах, промывание желудка, очистительная и лечебная клизма, обработка ран и наложения повязок, швов, хирургическое лечение гнойно-некротических процессов, госпитализацию по медицинским показаниям в ГБУЗ г. Миасса и г. Челябинска,

_____ Ф.И.О. ребенка, от имени которого, выступает законный представитель

« _____ » _____ г. рождения, чьим законным представителем я являюсь, проживающего по адресу:

_____ фактический адрес проживания ребенка

Я ознакомлен(а) с перечнем видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие для получения первичной медико-санитарной помощи в доступной для меня форме, а так же уведомлен о том, что при оказании неотложной и скорой медицинской помощи я буду информирован по указанному выше телефону.

В случае невозможности связаться со мной и при возникновении угрозы жизни моему ребенку решение об объеме и виде медицинского вмешательства определяют врачи медицинской организации.

В доступной для меня форме мне даны разъяснения о целях, порядке оказания медицинской помощи.

В случае моего отсутствия уполномочиваю присутствовать при оказании медицинской помощи моему ребенку, чьим законным представителем я являюсь, медицинскому работнику оздоровительной организации.

Информированное добровольное согласие действительно на срок пребывания ребенка в оздоровительной организации АО «Ильмен-Тау (в оздоровительном стационарном лагере круглосуточного пребывания «Райдер Сапс») с « _____ » _____ 20 _____ г. до « _____ » _____ 20 _____ г.

_____ Подпись, Ф.И.О. одного из родителей, опекуна, попечителя, иного законного представителя

_____ Подпись, Ф.И.О. уполномоченного лица оздоровительной организации

« _____ » _____ 20 _____ г.

Дата оформления добровольного информированного согласия

Внимание! При госпитализации ребенка в лечебные учреждения за пределы оздоровительного стационарного лагеря круглосуточного пребывания «Райдер Сапс», родители (законные представители) ребенка информируются медицинским работником оздоровительного лагеря не позднее суток с момента госпитализации по телефону, указанному родителями (законными представителями) в информированном добровольном согласии на медицинские вмешательства. Прочим лицам информация о состоянии здоровья ребенка не предоставляется.

Согласие родителя (законного представителя) на обработку персональных данных ребенка

Я, _____
(Ф.И.О. родителя полностью)

Проживающий по адресу: _____

Паспорт № _____, выданный _____
(серия, №) (кем, когда)
как законный представитель на основании свидетельства о рождении (паспорта)
серия _____ № _____ выдан _____

даю свое согласие на обработку персональных данных своего ребенка в АО « Ильмен-Тау»

_____ (Ф.И.О. ребенка полностью) (дата рождения)

к которым относятся:

- данные свидетельства о рождении ребенка;
- данные медицинской карты ребенка;
- паспортные данные родителей, должность и место работы;
- адрес проживания, контактные телефоны, e-mail;

Я даю согласие на использование персональных данных своего ребенка в целях обеспечения процесса отдыха и оздоровления, медицинского обслуживания, ведения статистики, создания имиджа учреждения.

Настоящее Согласие представляется на осуществление действий в отношении персональных данных моего ребенка, которые необходимы для достижения указанных выше целей, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передачу в структуры Министерства образования, медицинским учреждениям и на размещение фото и видео в СМИ и на официальном сайте учреждения.

АО «Ильмен-тау» гарантирует, что обработка персональных данных осуществляется в соответствии с действующим законодательством РФ, на основании Семейного кодекса РФ и Федерального закона от 27.07.2006 г. №152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие на обработку своих персональных данных и персональных данных моего ребенка .

Я проинформирован, что АО «Ильмен-Тау» гарантирует, что будет обрабатывать персональные данные как не автоматизированным, так и автоматизированным способом обработки.

Согласие может быть отозвано по моему письменному заявлению.

Я подтверждаю, что, давая такое Согласие, я действую по собственной воле и в интересах своего ребенка.

Дата: _____ Подпись _____ / _____ /