

## ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ

законного представителя несовершеннолетнего пациента на получение  
санаторно-курортного лечения или медицинской реабилитации в ГБУЗ МО ДС «Отдых»

Я, нижеподписавшийся (аяся) \_\_\_\_\_

(фамилия, имя и (при наличии) отчество, полностью)

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ г. рождения, паспорт серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_

выдан \_\_\_\_\_,

(кем и когда выдан)

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

адрес регистрации: \_\_\_\_\_

телефон: \_\_\_\_\_ электронная почта: \_\_\_\_\_,

Этот раздел заполняется на лиц, не достигших возраста 15 лет

являясь законным представителем (мать, отец, опекун, попечитель, представитель по доверенности),  
(нужное подчеркнуть)

\_\_\_\_\_ " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ г. рождения.,  
(фамилия, имя и (при наличии) отчество полностью, дата рождения несовершеннолетнего)

свидетельство о рождении: серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_

выдано: \_\_\_\_\_  
(кем и когда выдано)

проживающего по адресу: \_\_\_\_\_  
(адрес фактического проживания несовершеннолетнего)

адрес регистрации: \_\_\_\_\_  
(адрес постоянной регистрации несовершеннолетнего)

документ, подтверждающий полномочия законного представителя, не являющегося родителем  
(согласие/доверенность, акт органа опеки и попечительства о назначении опекуна (попечителя))

\_\_\_\_\_

(наименование, номер и серия документа, кем и когда выдан)

в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", Приказом Министерства здравоохранения РФ от 5 мая 2016 г. № 279н «Об утверждении Порядка организации санаторно-курортного лечения», Приказом Министерства здравоохранения РФ от 23 октября 2019 г. N 878н "Об утверждении Порядка организации медицинской реабилитации детей", я даю информированное добровольное согласие и уполномочиваю медицинский персонал санатория выполнить следующие виды процедур и медицинских вмешательств, которые могут потребоваться в ходе санаторно-курортного лечения или медицинской реабилитации несовершеннолетнего (далее - ребёнок), чьи законные интересы я представляю: опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза; осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия; антропометрические исследования; термометрия; тонометрия; неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций; неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций; неинвазивные исследования полости рта; 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, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия; введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно; медицинский массаж; лечебная физкультура; физиотерапия, в том числе электролечение, ультразвуковая терапия и лекарственный ультрафонофорез, фотолечение, магнитотерапия, водолечение, бальнеотерапия, галотерапия, ингаляционная терапия, нормобарическая гипокситерапия.

Медицинским работником \_\_\_\_\_

(ФИО медицинского работника)

мне лично в доступной для меня форме были разъяснены цель, характер, ход, методы, возможные варианты, их возможные последствия, объем, а также предполагаемый результат планируемого санаторно-курортного лечения или медицинской реабилитации, назначенного в соответствии с имеющимися у ребенка медицинскими показаниями (противопоказаниями) согласно утвержденным в санатории Стандартам санаторно-курортной

помощи или медицинской реабилитации.

Я осведомлен(а) и согласен(на), что количество и наименование конкретных процедур определяется лечащим врачом ребенка, врачом-физиотерапевтом и/или врачом-специалистом.

Мне известно, что во время проведения санаторно-курортного лечения или медицинской реабилитации возможно появление обстоятельств, из-за которых может возникнуть необходимость в изменении плана проводимого лечения, предвидеть которые в момент оформления данного документа не представляется возможным. При этом лечащий врач ребенка обязан довести до моего сведения новый план лечения.

Со мной обсуждены последствия отказа от санаторно-курортного лечения или медицинской реабилитации ребенка, чьи законные интересы я представляю.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от проведения ребенку одного или нескольких видов медицинских вмешательств, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я получил(а) исчерпывающие и понятные мне ответы на вопросы и имел(а) достаточно времени на принятие решения о согласии на предложенное санаторно-курортное лечение или медицинскую реабилитацию ребенку, чьи законные интересы я представляю.

Я обязуюсь обеспечить выполнение моим ребенком всех рекомендаций лечащего врача, сделанных в соответствии с намеченным ему планом санаторно-курортного лечения или медицинской реабилитации.

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.)

Этот раздел заполняется на лиц, не достигших возраста 3-х лет

Я осведомлен(а) и согласен(на), что:

- в Санатории отсутствуют специальные условия пребывания для детей младше 3-х лет (коляски, ходунки, манежи, стульчики для кормления, горшки, накладки на унитаз, защитные приспособления от травм и т.п.);
- лечение в Санатории организуется и предоставляется детям с 2-х летнего возраста. Объем медицинских процедур для детей 2-х - 3-х летнего возраста определяется лечащим врачом Санатория с учетом индивидуальных особенностей развития ребенка и может быть ограничен;
- питание для детей в Санатории состоит из пищевых продуктов, отвечающих физиологическим потребностям организма ребенка с 2-х до 17 лет включительно, а специализированное питание для детей раннего возраста от 0 до 3-х лет не предусмотрено.

Я информирован(а), что досуговые мероприятия, организованные в Санатории, соответствуют нормам возрастной классификации, в соответствии с принципами осуществления досуговой деятельности для детей с 3-х до 17 лет включительно. Некоторые мероприятия могут быть недоступны для детей, не достигших возраста 3-х лет, находящихся в Санатории.

Я ознакомлен(а) с правилами пребывания в Санатории детей, не достигших возраста 3-лет и подтверждаю свое согласие на пребывание в Санатории ребенка, чьи законные интересы я представляю.

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.)

В соответствии с Приказом Минздрава РФ от 5 августа 2003 г. N 330 "О мерах по совершенствованию лечебного питания в лечебно-профилактических учреждениях Российской Федерации", Санитарно-эпидемиологических правил и норм СанПиН 2.3/2.4.3590-20, СанПиН 2.3.2.1324-03, СП 2.1.3678-20:

- я информирован(а), что на период лечения в санатории, ребенку, чьи законные интересы я представляю, в соответствии с заболеванием будет назначено диетическое питание;

- я ознакомлен(а) с перечнем пищевых продуктов, разрешенных и запрещенных для передачи пациентам санатория, условиями и сроками хранения пищевых продуктов в соответствии с Санитарными правилами.

Я информирован(а) о том, что действия медицинских работников санатория, в случае выявления пищевых продуктов, запрещенных для передачи, пищевых продуктов, с просроченным сроком годности, признаками порчи, гниения, плесени и т.п., подлежат утилизации пищевых продуктов, регламентированы Санитарными правилами и направлены на охрану здоровья и предотвращение возникновения инфекционных заболеваний и отравлений.

Мне полностью ясно, что нарушение/несоблюдение предписанных принципов диетотерапии, вида и режима питания ребёнка, чьи законные интересы я представляю, является нарушением санаторно-курортного режима или медицинской реабилитации.

Мне сообщено и понятно, что условием эффективного лечения ребенка является строгое соблюдение всех назначений и выполнение плана санаторно-курортного лечения или медицинской реабилитации, рекомендованного врачом, в том числе соблюдение принципов и режима диетического питания.

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.)

Я подтверждаю, что ребенок, чьи законные интересы я представляю, в период предыдущих 14 дней не имел контакта с гражданами, имеющими подтвержденный диагноз: коронавирусная инфекция (COVID-19), не посещал страны с неблагоприятной ситуацией, связанной с распространением новой коронавирусной инфекцией (COVID-19).

Я подтверждаю, что предоставил(а) полную и достоверную информацию о состоянии здоровья ребенка, о перенесенных и имеющихся заболеваниях, проведенных ранее обследованиях и лечении, а также иные сведения, которые могут сказаться на качестве оказываемых услуг. При изменении состояния здоровья ребенка обязуюсь незамедлительно проинформировать об этом лечащего врача.

Я предупрежден(а), что в случае предоставления ложных сведений о состоянии здоровья, связанных с возможным наличием инфекционного заболевания COVID-19 (повышение температуры тела, кашель, насморк, боль в горле, затруднение дыхания, слабость, боль в мышцах, тошнота и рвота), повлекших за собой угрозу распространения новой коронавирусной инфекции я буду нести ответственность в соответствии с действующим Кодексом об административных правонарушениях Российской Федерации и Уголовным кодексом Российской Федерации.

\_\_\_\_\_  
(подпись) / (Ф.И.О.)

Я проинформирован(а) и даю согласие на получение санаторно-курортного лечения или медицинской реабилитации в условиях сохранения рисков распространения инфекционных заболеваний (в т.ч. новой коронавирусной инфекции COVID-19). Также мне разъяснено о рисках заражения ребенка инфекционными заболеваниями (в т.ч. новой коронавирусной инфекцией COVID-19), по пути следования в детский санаторий и во время пребывания в нем.

Я предупрежден(а), что при выявлении медицинским персоналом признаков инфекционного заболевания (в том числе ОРЗ, ОРВИ, грипп и пр.) производится временная изоляция пациента с дальнейшей выпиской из санатория. В этом случае я обязуюсь в кратчайшие сроки забрать ребёнка из санатория для проведения дальнейшего лечения по месту жительства. При этом ответственность за состояние ребенка полностью возлагается на меня.

Я предупрежден(а), что в случаях, требующих специализированного лечения в условиях стационара, производится госпитализация с досрочным прекращением пребывания ребенка в санатории по медицинским показаниям. Мне разъяснено, что лечение в стационаре предусмотрено программой обязательного медицинского страхования (ОМС), поэтому такое лечение будет являться для ребенка бесплатным. В случае отказа от госпитализации ребенка производится его досрочная выписка из Санатория с обязательным информированием учреждения здравоохранения, выдавшего путевку. При этом ответственность за состояние ребенка полностью возлагается на меня.

Я понимаю и соглашаюсь с тем, что Санаторий не может нести ответственность за качество лечения, проведенного в других медицинских учреждениях.

\_\_\_\_\_  
(подпись) / (Ф.И.О.)

Я сообщаю о наличии у моего ребёнка аллергических реакции на: лекарственные препараты: _____ <small>(нет, да, названия лекарственных препаратов)</small>
пищевые продукты: _____ <small>(нет, да, названия пищевых продуктов)</small>
Я уведомляю о наличии у моего ребёнка лекарственных препаратов, принимаемых по назначению врача: _____ _____ <small>(нет, да, названия препаратов, доза, кратность приёма)</small>
_____ (подпись) / (Ф.И.О.)

Я осведомлен(а), что выход моего ребенка за территорию санатория (в т.ч. в случае отъезда) может осуществляться только с лицом, представляющим его законные интересы, на основании удостоверения личности и документа, подтверждающего полномочия законного представителя (свидетельство о рождении ребенка, акт органа опеки и попечительства о назначении опекуна (попечителя), согласие/доверенность).

Я разрешаю сообщать информацию о состоянии здоровья ребенка, чьи законные интересы я представляю лично:

только мне

мне и следующим лицам: \_\_\_\_\_

Проход посетителей к ребёнку, чьи законные интересы я представляю, в установленное время посещений:

**разрешаю:** \_\_\_\_\_

**запрещаю:** \_\_\_\_\_

**Я предупрежден(а), что выход за территорию и допуск посетителей на территорию Санатория может быть ограничен в связи с неблагоприятной эпидемиологической ситуацией на территории Московской области.**

Я осведомлен(а), что за деньги, документы, ценные вещи, сотовые телефоны, плееры, планшеты, компьютеры и прочие предметы, находящиеся в пользовании и хранящиеся вне специально отведенных мест (сейфов), санаторий ответственности не несет!

Я подробно ознакомился(лась) с информацией для отдыхающих (профиль санатория, показания и противопоказания лечения в СКУ, режим дня, объем услуг, представляемый по путевке, стандарты санаторно-курортной помощи или медицинской реабилитации, правилами пребывания и режимом дня детей и законных представителей (сопровождающих лиц), направленных на санаторно-курортное лечение или медицинскую реабилитацию в ГБУЗ МО ДС «Отдых» и др.) и согласен(на) с установленными условиями пребывания на территории санатория.

Мне известно, что в случае несоблюдения/нарушения режима и/или правил пребывания детей и законных представителей (сопровождающих лиц), направленных на санаторно-курортное лечение или медицинскую реабилитацию в ГБУЗ МО ДС «Отдых», Санаторий имеет право досрочно прекратить оказание санаторно-курортной помощи или медицинской реабилитации.

Подпись законного представителя  
несовершеннолетнего

" \_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
(дата)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(расшифровка подписи)