***Информационное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи***

**›** Я, Гражданин(ка)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **(фамилия, имя, отчество одного из родителей, иного законного представителя)**

**›**«\_\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_19\_\_\_\_\_\_**года рождения**, зарегистрированный по адресу **›**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **(адрес одного из родителей, иного законного представителя)**

Даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информационное добровольное согласие, при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденной Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2002 года № 390н (далее – Перечень), **для получения первичной медико-санитарной помощи ребенком, законным представителем которого я являюсь**

**›\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 ( **фамилия, имя, отчество ребенка**)

 в ГБУЗ СК «Ставропольский краевой специализированный центр лечебной физкультуры и спортивной медицины».

 Медицинским работником \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в доступной для меня форме

 (должность) (фамилия, имя, отчество медицинского работника)

разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

- Я ознакомлен(а) с распорядком и правилами лечебно-охранительного режима, установленного в данном лечебно-профилактическом учреждении, и обязуюсь их соблюдать;

- Я извещен(а) о том, что необходимо регулярно принимать назначенные методы лечения, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия;

- Я предупрежден(а) и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья;

- Я поставил(а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем моего несоверщеннолетнего ребенка, в том числе: об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на моего несовершеннолетнего 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 согласен(а) на осмотр моего несовершеннолетнего ребенка другими медицинскими работниками с учетом сохранения врачебной тайны;

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в перечень или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных ч.9 ст.20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ».

 В соответствии с приказом МЗСР от 23.04.2012 № 390н, я также даю согласие на проведение при необходимости следующих медицинских вмешательств (необходимое подчеркнуть):

1. **Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза**
2. **Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация**
3. **Антропометрические исследования**
4. **Термометрия**
5. **Тонометрия**
6. **Исследование функции нервной системы (чувствительной и двигательной сферы)**
7. **Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография**
8. **Ультразвуковые исследования (органов грудной клетки, органов мочеполовой системы)**
9. **Лабораторные исследования**
10. **Спирометрия**
11. **Лечебная физкультура**
12. **Медицинский массаж**
13. **Физиотерапия**

Необходимость других методов обследования и лечения будет мне разъяснена дополнительно.

- Я ознакомлен(а) и согласен(а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на обследование и лечение в предложенном объеме.

 В соответствии с п.5 ч.3 ст.19 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ я разрешаю передать информацию о состоянии здоровья моего несовершеннолетнего ребенка следующим лицам:

**›** 1.**Тренеру**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (фамилия, имя, отчество)

**› 2.**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

  **(фамилия, имя, отчество одного из родителей, иного законного представителя)**

**›** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_›( \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

  **(подпись родителей) (Ф.И.О. родителей, иного законного представителя)**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

 (подпись) (Ф.И.О. медицинского работника)

**С*огласие законного представителя на обработку персональных данных несовершеннолетнего ребенка***

Также даю согласие на обработку следующих персональных данных моего несовершеннолетнего ребенка в ГБУЗ «СКСЦ ЛФК и СМ», г. Ставрополь, ул. Мира 295-а, в объеме и способами, указанных в п.п. 1.3. ст.3 ст. 11 Федерального закона РФ № 152-ФЗ «О персональных данных»:

- данные свидетельства о рождении;

- паспортные данные;

- данные медицинской карты;

- адрес проживания.

Я даю согласие на использование персональных данных моего несовершеннолетнего ребенка в целях:

- медицинского обслуживания;

- ведения статистики; (только при условии обезличивания персональных данных).

Настоящее СОГЛАСИЕ предоставляется мной на осуществление действий в отношении персональных данных несовершеннолетнего, которые необходимы для достижения указанных выше целей, включая (без ограничения) сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передачу третьим лицам для осуществления действий по обмену информацией (операторам ФИС и РИС), обезличивание, блокирование персональных данных, а также осуществление любых иных действий, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

Я проинформирован, что ГБУЗ «СКСЦ ЛФК и СМ» гарантирует обработку персональных данных несовершеннолетнего в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации как неавтоматизированным, так и автоматизированным способами.

Данное СОГЛАСИЕ действует до достижения целей обработки персональных данных или в течение срока хранения информации.

Данное СОГЛАСИЕ может быть отозвано в любой момент по моему письменному заявлению.

Я подтверждаю, что, давая такое согласие, я действую по собственной воле и в интересах несовершеннолетнего.

 ›\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_› ( \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

 **(подпись родителей) (Ф.И.О. родителей, иного законного представителя)**

**›** «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г.

 Дата оформления