

**Информированное добровольное согласие
на санаторно-курортное лечение и получение медицинских услуг
в ГАУЗ РБ Детский противотуберкулезный санаторий «Толпар»**

Я, (Ф.И.О.) _____

являясь законным представителем (мать, отец, опекун, попечитель, сопровождающий):

Ф.И.О. ребёнка _____

_____ года

рождения, в соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» подтверждаю, что согласно моей воле в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания санаторно-курортного лечения, получения медицинских услуг, связанный с ними риск, в том числе вероятность развития осложнений.

1. Я информирован(а) о том, что медицинские услуги в ГАУЗ РБ Детский противотуберкулезный санаторий «Толпар» проводятся по медицинским технологиям и методикам, разрешённым к применению министерством здравоохранения РФ.

2. Я получил(а) информацию о возможности связи с лечащим врачом, извещен(а) в доступной форме о целях, характере и неблагоприятных эффектах процедур.

3. Я ознакомлен(а) с распорядком дня, правилами лечебно-охранительного режима, правилами пребывания в санатории и даю согласие на их выполнение моим ребенком. Я информирован(а) о том, что потребители, нарушающие распорядок дня и правила поведения в санатории, создающие этим поведением угрозу здоровью или жизни себе и окружающим, подлежат досрочной выписке и должны немедленно покинуть санаторий.

4. Я поставил(а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем и индивидуальными особенностями, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных травмах, операциях, заболеваниях, о принимаемых лекарственных средствах моего ребенка.

5. Я информирован(а) о том, что в случае необходимости моему ребенку будет оказана первичная медико-санитарная помощь, в том числе:

– вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации).

– амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение);

– стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение).

6. Я даю своё согласие на лечение в санатории моего ребенка.

7. Я даю своё согласие, в случае необходимости, на лечение и обследование в условиях поликлиники и стационара моего ребенка.

8. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских услуг, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

9. Я предупреждён(а) о том, что могу собственноручно внести поправки в данное информированное согласие.

10. Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с п.5 ч. 5 ст. 19 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии здоровья ребенка, законным представителем которого я являюсь:

Ф.И.О. _____ по телефону _____

Ф.И.О. _____ по телефону _____

Подпись законного представителя: _____ телефон _____

(подпись)

(фамилия, имя, отчество медицинского работника)

« _____ » _____ 2024 г.

(дата оформления)