

**Информированное согласие родителей детей, поступающих на санаторно-курортное лечение (заполняется родителями, законными представителями)**

Я \_\_\_\_\_

(ФИО родителя, законного представителя)

согласно ст. 32 «Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан»; даю информированное согласие на проведение санаторно-курортного лечения согласно утвержденным стандартам на оказание медицинской помощи, федеральным клиническим рекомендациям на оказание медицинской помощи, консультацию и госпитализацию в территориальное ЛПУ ребенка в случае возникновения острых и неотложных состояний или обострении хронических заболеваний моего ребенка

(Ф.И.О. ребенка)

Даю добровольное согласие на необходимые медицинские вмешательства, включая: медицинский осмотр, реакция Манту, Диаскин тест, в/м, в/в инъекции, R-обследование, лабораторные исследования, консультация психолога в целях улучшения здоровья моего ребенка.

Даю добровольное согласие на проведение: стоматологического осмотра, манипуляции и исследования для получения информации о состоянии зубо-челюстной системы в целом и отдельных зубов в частности, медицинского вмешательства и лечение заболеваний полости рта (в случае выявления), проведение инъекционной анестезии (при необходимости и отсутствии противопоказаний). Обязуюсь предоставить информацию о наличии противопоказаний.

Медицинским работником \_\_\_\_\_

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснено о состоянии моего ребенка, о наличии заболевания, его диагнозе, о цели, методах оказания санаторно-курортной специализированной помощи, связанных с ними рисках, их последствиях, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне также разъяснено, что в ходе выполнения медицинских вмешательств моему ребенку может возникнуть необходимость выполнения другого медицинского вмешательства. Я доверяю лечащему врачу(-ам) \_\_\_\_\_

Ф.И.О. лечащего врача

проводить те мероприятия, которые доктор выбирает в качестве необходимых для улучшения здоровья моего ребенка.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, процедур при оказании санаторно-курортной специализированной помощи моему ребенку.

Информирован о том, что в соответствии с санитарными нормами и правилами в целях обеспечения безопасности жизни и здоровья детей, предотвращения распространения внутрибольничной инфекции, профилактики заноса острых инфекционных заболеваний (дизентерия, грипп, ветряная оспа и т.д.), необходимо соблюдение графика приема процедур и внутреннего распорядка:

- пребывание детей (приезд, отъезд) осуществляется строго согласно сроку указанному в путевке;
- не допускается отъезд детей на выходные и праздничные дни;
- посещение детей в санатории предпочтительнее в следующие дни – воскресенье с 10:00 до 12:00; запрещается иметь при себе электрокипятильники; бельевые веревки; колющие и острые режущие предметы (ножи, лезвия бритвы, маникюрные ножницы); сигареты, зажигалки, спички; ацетонсодержащие жидкости (клей «Момент», жидкость для снятия лака и т.п.); лекарственные препараты; скоропортящиеся продукты (колбасы, молочные продукты, кондитерские изделия (торты, пирожные с кремом), газированные напитки; алкоголь-содержащие напитки (пиво, коктейли и другие).

Санаторий не несет ответственности за сохранность вещей не переданных на хранение в учреждении.

В случае утраты или порчи имущества санатория на основании ст. 1064, 1073, 1074 Гражданского кодекса Российской Федерации, родителями (законными представителями) возмещается нанесенный ущерб.

В случае нарушения ребенком внутреннего распорядка, режима пребывания в санатории, он может быть выписан досрочно с предварительным уведомлением родителей.

**Экстренная связь.** В таблице указывается домашний телефон родителей. В случае отсутствия родителей телефон ответственного лица, которому доверяется решение значимых вопросов по ребенку.

Контактный телефон, рабочий, домашний	Домашний адрес (подробно)

Содержание представленной мне информации, зафиксированной в медицинской документации, мне понятно, мною прочитано. Подпись \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Ф.И.О

Дата \_\_\_\_\_