

**Информированное добровольное согласие  
на санаторно-курортное лечение и получение медицинских услуг  
в ГБУЗ «Детский санаторий «Голубая волна»**

Я, (ФИО) \_\_\_\_\_,

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

ФИО ребенка \_\_\_\_\_, года рождения

\_\_\_\_\_, в соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» подтверждаю, что в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания санаторно-курортного лечения, получения медицинских услуг, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания санаторно-курортного и оздоровительного лечения, получения медицинских услуг.

1. Я информирован(а) о том, что медицинские услуги в ГБУЗ «Детский санаторий «Голубая волна» проводятся в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи, утвержденными министерством здравоохранения Российской Федерации. До моего сведения доведено, какие услуги будут оказаны моему ребенку (мне) и то, что медицинские услуги оказываются после осмотра врача и необходимых обследований.

2. Я получил(а) информацию о возможности связи с лечащим врачом, извещен(а) в доступной форме о целях, характере и неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, а также о том, что предстоит делать во время их проведения.

3. Я предупрежден(а) о возможных осложнениях и неблагоприятном воздействии на здоровье неоконченного курса лечения в случае досрочного отъезда или самовольного отказа от процедур.

4. Я ознакомлен 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, подлежат досрочной выписке и должны немедленно покинуть санаторий.

5. 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.

6. Я информирован(а) о том, что в случае необходимости моему ребенку будет оказана неотложная медицинская помощь в условиях стационара:

– консультации: хирурга, травматолога, окулиста, уролога, инфекциониста, дерматолога, эндокринолога;

– обследования в: биохимической лаборатории, рентген кабинете;

- оперативное и консервативное лечение. При переводе в стационар осуществляется постоянный контакт лечащего врача с врачами стационара.

7. Я даю свое согласие на лечение и необходимое обследование в санатории моего ребенка.

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

9. При необходимости, даю согласие медицинскому работнику ГБУЗ «Детский санаторий «Голубая волна» быть представителем моего ребенка в других ЛПУ.

10. Я предупрежден о том, что могу отказаться от любых процедур санаторно-курортного лечения или медицинских услуг.

11. Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с п.5 ч.5 ст. 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии здоровья ребенка, законным представителем которого я являюсь

ФИО \_\_\_\_\_ по телефону \_\_\_\_\_

Данное согласие действует до достижения целей оказания медицинской помощи.

\_\_\_\_\_  
(дата)

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(подпись, Ф.И.О)

\_\_\_\_\_  
(дата)

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(подпись, Ф.И.О медицинского работника)