**СПИСОК ДОКУМЕНТОВ ДЛЯ ЗАЕЗДА НА БАЗУ ФГБУЗ «МАПАХОВКА»
ДЛЯ ОРГАНИЗОВАННЫХ ГРУПП**

ДЛЯ ТРЕНЕРОВ:

1. Медицинская книжка
2. Справка о несудимости
3. Доверенность от родителей детей организованной группы на тренера с его ответственностью за жизнь и здоровье вверенных детей
4. Список детей организованной группы (ФИО дата рождения, св-во о рождении (паспорт), контактный телефон законных представителей для срочной связи)

ДЛЯ ДЕТЕЙ:

1. **Мед. справка** – стандартной формы для ребенка 079-У с указанием прививок (берется у педиатра), если справка новой формы с портала госуслуг – необходимо распечатать и приложить к документам
2. **Справка об отсутствии контакта с инфекционными больными** (не позднее 3х дней до заезда) – берется в районной поликлинике
3. **Справка в бассейн**, анализы на энтеробиоз, яйцеглист (можно это указать в справке в бассейн). Справка в бассейн действительна 6 мес. Если ребенок ходить в бассейн не будет – справка не нужна
4. Копия **св-ва о рождении** ребенка (или паспорт, если исполнилось 14 лет)
5. Копия **медицинского страхового полиса с двух сторон (ОМС)**
6. Копия **СНИПС ребенка**
7. Информированное **добровольное согласие на медицинское вмешательство** или на отказ от медицинского вмешательства, на передачу информации о состоянии здоровья и фактов обращения за медицинской помощью
8. **Согласие на обработку персональных данных**

! Просим заранее учитывать, что документы и справки обратно не возвращаются, остаются на базе Программы

Согласие пациента (законного представителя пациента) на обработку персональных данных пациента

Я (ФИО РОДИТЕЛЯ УКАЗАТЬ) _____

Адрес регистрации по месту жительства _____

Контактный телефон _____

Серия и номер паспорта _____

выдан « _____ »

кем _____

Являюсь законным представителем (указывается ФИО и дата рождения ребенка, адрес регистрации) _____

в соответствии с требованиями ст. 6, 7, 8, Федерального закона от 27.07.2007г. №52-ФЗ «О персональных данных», а также в целях своевременного и достоверного информационного обеспечения взаимодействия в системе здравоохранения, подтверждаю свое согласие на включение моих (а в случае представительства-только представляемого) персональных данных в общий единый источник персональных данных (общедоступный источник), формируемый ФГБУЗ ЦКС «Малаховка» ФМБА России (далее - Санаторий): фамилии, имени, отчества, пола, даты рождения, адреса места жительства, социального положения, образования, профессии, контактного телефона, реквизитов полиса ОМС (ДМС), данных о состоянии моего здоровья, а также иных данных, необходимых для оказания медицинской помощи. Доступ к этим персональным данным согласен(на) предоставить на всех этапах их обработки неограниченному кругу лиц в медицинских целях, а также для защиты жизни, здоровья и иных жизненно важных интересов субъекта персональных данных. Предоставляю право Санаторию осуществлять все действия (операции) с моими (а в случае представительства-только представляемого) персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Санаторий вправе во исполнение взятых на себя обязательств произвести обмен (прием и передачу) моих (а в случае представительства-только представляемого) персональных данных с использованием машинных носителей или каналов связи.

Санаторий вправе обрабатывать мои (а в случае представительства-только представляемого) персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, а также иным образом, не запрещенным действующим законодательством РФ. Срок хранения моих (а в случае представительства-только представляемого) персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (в т.ч. медицинской карты, истории болезни) и составляет двадцать пять лет.

Оставляю за собой право в любое время подать заявление об исключении моих (а в случае представительства-только представляемого) персональных данных из общедоступного источника Санатория и отзыве настоящего согласия посредством составления соответствующего письменного документа. Настоящее согласие дано мною лично. Срок действия согласия бессрочно.

Подпись Родителя _____ Дата « _____ » 2025г.

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство или на отказ от медицинского вмешательства, на передачу информации о состоянии здоровья и фактов обращения за медицинской помощью

В соответствии со ст. 13 и ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" Федеральное государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Центральный клинический санаторий для детей с родителями «Малаховка» Федерального медико-биологического агентства» в лице Главного врача подтверждает гарантию сохранения конфиденциальности сведений, составляющих врачебную тайну _____ (ФИО РЕБЕНКА УКАЗАТЬ) и информирует его о том, что при обращении за

медицинской помощью пациент имеет право на уважительное и гуманное отношение со стороны медицинского и обслуживающего персонала; на лечение и пребывание в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям; на получение в доступной форме информации о состоянии здоровья и предполагаемом медицинском вмешательстве в виде воздействия на организм санаторно-курортных факторов; на отказ от медицинского вмешательства. Пациент обязуется соблюдать правила внутреннего распорядка лечебно-охранительного режима, а также, в целях получения лучших результатов, представить лечащему врачу достоверную и полную информацию о состоянии здоровья; об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных средств; обо всех ранее перенесенных и имеющихся в настоящее время заболеваниях; принимаемых лекарственных препаратах; сообщать правдивые сведения о своей наследственности; о злоупотреблении алкоголем, наркотическими средствами или токсическими веществами; об одновременном лечении у других специалистов и выполнении их рекомендаций. В случае грубого или неоднократного нарушения правил внутреннего распорядка лечебно-охранительного режима пациентом, администрацией может быть принято решение о досрочной выписке пациента.

Я _____ (ФИО РОДИТЕЛЯ указать) своей подписью удостоверяю что текст мною прочитан, с правилами внутреннего распорядка лечебно-охранительного режима ЛТО я ознакомлен(а), мне понятно содержание и назначение данного документа и я даю добровольное согласие на медицинское вмешательство при оказании медицинской помощи. Получив полную информацию о своих правах и обязанностях, даю свое согласие на предоставление медицинским учреждением сведений о фактах моего обращения за медицинской помощью о состоянии моего здоровья, диагнозе, а также в случаях неблагоприятного прогноза развития моего заболевания следующим лицам (ФИО персонала вписать) _____

Администрация ответственность за сохранность личных вещей пациента не несет

Ознакомлен _____ (ПОДПИСЬ)

« _____ » 2025 год