

## Медицинские документы

### - Медицинская справка (форма № 079-У). Срок действия справки 1 месяц

В справке должны быть указаны сведения о состоянии здоровья ребенка: группа здоровья, перенесенные инфекционные и хронические заболевания. Для поездки в лагерь в классе не должно быть карантина по кори и COVID-19. Справку можно получить в поликлинике по месту жительства у участкового врача или в школьном медпункте. Сведения об аллергических реакциях, имеющихся у ребенка на продукты и/или лекарственные препараты, должны быть вписаны в справку.

Согласно СанПиН 3.2.3215-14 «Профилактика паразитарных болезней на территории Российской Федерации» ребёнок должен быть обследован на педикулёз и чесотку, а результаты обследований вписаны в форму 079-У. В документе обязательно проставляется дата составления, подпись врача, его личная печать и штамп лечебного учреждения.

### - Прививочный сертификат (копия) или запись в форме 079-у или форма 063-у с обязательным указанием прививок корь, краснуха, паротит, вирусный гепатит В, АКДС, р. Манту (Диаскин-тест) за последний год. (ОБЯЗАТЕЛЬНО ОТМЕТКА О КОРИ)

В случае отказа от прививок необходим медицинский отвод с указанием причины отсутствия прививки (или отказ родителей от вакцинации) с подписью участкового врача и печатью поликлиники.

Согласно СанПиН 3.1.2.3114-13 «Профилактика туберкулёза» п 5.7 Дети, туберкулинодиагностика (реакции Манту, Диаскин-тест) которым не проводилась, допускаются в детскую организацию только при наличии заключения врача-фтизиатра об отсутствии заболевания.

### - Справка об эпидокружении из поликлиники (по месту жительства). В справке должно быть указано отсутствие инфекционных заболеваний, в том числе COVID-19 -получать не ранее чем за 3 суток до заезда.

### - Копия медицинского страхового полиса

### - Копия свидетельства о рождении или паспорта

### - Согласие на обработку персональных данных, согласие на мед. вмешательство. (бланки для заполнения ПРИЛАГАЮТСЯ).

### - ОРИГИНАЛ св-ва о рождении (до 14 лет) или паспорта (с 14 лет) для проезда!!!!

**Обязательно взять справку из школы, подтверждающая, что ребёнок школьник (нужно для проезда).**

## Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_  
(дата рождения гражданина либо законного представителя)

\_\_\_\_\_ (адрес регистрации гражданина либо законного представителя)  
проживающий по адресу: \_\_\_\_\_  
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ г. рождения, проживающего по адресу: \_\_\_\_\_  
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

\_\_\_\_\_ (в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные 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, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н<sup>1</sup> (далее - виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), а также в случае присасывания клеща, инфицированного вирусом клещевого энцефалита, на введение противоклещевого иммуноглобулина, для получения первичной медико-санитарной помощи/ получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в

\_\_\_\_\_ (полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником \_\_\_\_\_  
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

в доступной для меня форме мне 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. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

\_\_\_\_\_ (подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

\_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

## Отказ от медицинского вмешательства

Я, \_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество (при наличии) и дата рождения гражданина либо законного представителя)

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

в отношении \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента и дата рождения при подписании отказа законным представителем)

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ г. рождения, при оказании мне (представляемому

лицу) первичной медико-санитарной помощи в \_\_\_\_\_

(полное наименование медицинской организации)

отказываюсь от следующих видов 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, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н<sup>1</sup>: \_\_\_\_\_

(наименование вида (видов) медицинского вмешательства)

Медицинским работником \_\_\_\_\_

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

в доступной для меня форме мне разъяснены возможные последствия отказа от вышеуказанных видов медицинских вмешательств, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(указываются возможные последствия отказа от вышеуказанного (вышеуказанных) вида (видов) медицинского вмешательства, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния))

Мне разъяснено, что при возникновении необходимости в осуществлении одного или нескольких видов медицинских вмешательств, в отношении которых оформлен настоящий отказ, я имею право оформить информированное добровольное согласие на такой (такие) вид (виды) медицинского вмешательства.

\_\_\_\_\_ " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_  
(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина (дата оформления)  
или законного представителя гражданина)

\_\_\_\_\_ " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_  
(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) (дата оформления)  
медицинского работника)

## Согласие на обработку персональных данных

Я, \_\_\_\_\_ года рождения,  
зарегистрированный(ая) по адресу:

\_\_\_\_\_ паспорт серия и номер

\_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_, в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 г. N152-ФЗ "О персональных данных" настоящим выражаю свое согласие на обработку ООО «ОЦ «Высоковский бор», расположенной по адресу: д.Дегтярицы, д.101, моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату и место рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), паспортные данные, сведения о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, - в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг.

В процессе оказания оператором мне медицинской помощи я предоставляю право должностным лицам оператора передавать мои персональных данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов).

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств на обмен (прием и передачу) моими персональными данными с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной \_\_\_\_\_ (число, месяц, год) и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю оператора. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Подпись \_\_\_\_\_

# Доверенность

Настоящей доверенностью я, \_\_\_\_\_

ФИО законного представителя

\_\_\_\_\_

паспортные данные: серия, номер, дата выдачи и выдавший орган

являюсь в соответствии с \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

реквизиты свидетельства о рождении, в случае опекуна / попечительства указать реквизиты документа, на основании которого

осуществляется опека или

попечительство

законным представителем \_\_\_\_\_

ФИО несовершеннолетнего

Дата рождения

Доверяю \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ФИО конкретного физического лица - представителя (допускаются несколько представителей) паспортные данные: серия, номер, дата выдачи и выдавший орган

подписание информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинских вмешательств в отношении несовершеннолетнего на основании предоставленной медицинским работником информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи. Решения вопросов во время пребывания ребёнка касающиеся жизни и здоровья.

Дата:

\_\_\_\_\_

(подпись)

\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. гражданина, законного представителя)

дата заполнения \_\_\_\_\_

## АНКЕТА

Ф.И.О. кем заполняется анкета \_\_\_\_\_

Ф.И.О. ребенка \_\_\_\_\_

Возраст \_\_\_\_\_ лет полных, дата рождения (полностью) « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_

Характер Вашего ребенка (общительный, застенчивый и др.) \_\_\_\_\_

Есть проблемы во взаимоотношениях со сверстниками \_\_\_\_\_ взрослыми \_\_\_\_\_  
Увлечение Вашего ребенка, (какие кружки, секции посещает) \_\_\_\_\_

Есть ли противопоказания для занятия спортом \_\_\_\_\_  
Любит ли Ваш ребенок занятия физкультуры и спорта \_\_\_\_\_  
Укажите медицинские противопоказания по продуктам питания и лекарства (аллергия) \_\_\_\_\_

Часто ли ребенок болеет простудными заболеваниями \_\_\_\_\_

Как адаптируется в новых условиях: нормально \_\_\_\_\_ или зависит от \_\_\_\_\_

Дополнительные сведения о ребенке, на что нужно обратить внимание \_\_\_\_\_

Ваш адрес \_\_\_\_\_

Контактный телефон: сот. \_\_\_\_\_ сот. \_\_\_\_\_

Дата заполнения \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_

### Правила:

- телефоны детям выдаются с **14:00-16:00 и 21:00-22:00**
- ценные вещи с собой не давать, база не несёт за них ответственность.
- Дети с признаками **ОРВИ** и повышенной температурой, не допускаются к посадке в автобус.
- При появлении симптомов **ОРВИ** во время выезда, ребёнка забирают родители. Денежные средства за неиспользованные дни возвращаются в полном объёме.

Если Вы сдаёте личные деньги ребенка на хранение Исполнителю, то заполните таблицу:

Количество карманных денег	Рекомендации Исполнителю по выдаче денег ребенку (как часто и какими частями выдавать, укажите, на какие доп. услуги)

Карманные деньги сдаются в администрацию ОЦ «ВЫБОР» в незапечатанном, подписанном конверте вместе с основным набором документов.

С правилами и информацией заезда ребенка **ОЗНАКОМЛЕННЫ**:

\_\_\_\_\_  
подпись родителя

/ \_\_\_\_\_ /  
расшифровка подписи