

## АНКЕТА НА РЕБЁНКА

ФАМИЛИЯ \_\_\_\_\_ ИМЯ \_\_\_\_\_

ОТЧЕСТВО \_\_\_\_\_

ДАТА РОЖДЕНИЯ \_\_\_\_\_

ДОКУМЕНТ УДОСТОВЕРЯЮЩИЙ ЛИЧНОСТЬ: \_\_\_\_\_

СЕРИЯ \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ КОД ПОДРАЗДЕЛЕНИЯ \_\_\_\_\_

КОГДА ВЫДАН \_\_\_\_\_

КЕМ ВЫДАН \_\_\_\_\_

СНИЛС \_\_\_\_\_

№ ПОЛИСА ОМС \_\_\_\_\_

НАИМЕНОВАНИЕ СТРАХОВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ \_\_\_\_\_

ИНВАЛИДНОСТЬ ДА/НЕТ \_\_\_\_\_

САХАРНЫЙ ДИАБЕТ 1 ТИПА ДА/НЕТ \_\_\_\_\_

АДРЕС МЕСТА ЖИТЕЛЬСТВА:

ОБЛАСТЬ \_\_\_\_\_ РАЙОН \_\_\_\_\_

ГОРОД \_\_\_\_\_ СТАНИЦА \_\_\_\_\_

УЛИЦА \_\_\_\_\_ ДОМ \_\_\_\_\_ КВ. \_\_\_\_\_

ВАШ КОНТАКТНЫЙ ТЕЛЕФОН \_\_\_\_\_

С ПРАВИЛАМИ ПРОЖИВАНИЯ И ПОЖАРНОЙ БЕЗОПАСНОСТИ ОЗНАКОМЛЕН

Подпись \_\_\_\_\_

## АНКЕТА

Ф.И.О. ребенка \_\_\_\_\_

Год рождения « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.

**Жалобы при поступлении:** (нужное подчеркнуть)

- Головная боль (чаще раза в неделю, редко), головокружение, быстрая утомляемость;
- Боль в: шейном, грудном, поясничном отделах позвоночника, области плечевых, локтевых, лучезапястных, тазобедренных, коленных, голеностопных суставов, стопах;
- Нарушение осанки;
- Деформация конечностей (верхних, нижних);
- Нарушение движения, хруст в суставах (плечевого, локтевого, лучезапястного, кисти, тазобедренного, коленного голеностопного, стопы);
- Нарушения походки, отеки конечностей, судороги и др.

**Развитие ребенка:** Рост при рождении \_\_\_\_\_ см, вес при рождении \_\_\_\_\_ гр.

**Течение беременности** гладкое, осложненное. **Роды** естественные, кесарево сечение по причине \_\_\_\_\_.

**Ребенок родился** здоровым, ослабленным. Травма в родах была, нет. **Вскармливание** грудное до \_\_\_\_\_ месяцев, искусственное. **Прорезывание зубов** с \_\_\_\_\_ месяцев.

**Ходить** стал с \_\_\_\_\_, **говорить** с \_\_\_\_\_.

Наблюдение до 1 года у невролога, ортопеда, диагноз \_\_\_\_\_.

Перенесенные заболевания (возраст): корь \_\_\_\_\_, скарлатина \_\_\_\_\_, коклюш \_\_\_\_\_, краснуха \_\_\_\_\_, ветрянка \_\_\_\_\_, дизентерия \_\_\_\_\_, пневмония \_\_\_\_\_, и др.

заболевания \_\_\_\_\_

**Сопутствующие заболевания:** нет, есть (сердечно-сосудистая, дыхательная, мочеполовая система, желудочно-кишечный тракт, др. \_\_\_\_\_)

**Переносимость лекарственных препаратов:** переносит, не переносит (перечислить названия препаратов) \_\_\_\_\_

**Аллергия на продукты питания** (документ подтверждающий аллергическую реакцию прилагается) \_\_\_\_\_

Проявления аллергии: зуд, отек, кожные высыпания, потеря сознания, др. \_\_\_\_\_

Нарушения со стороны нервной системы (раздражительность, плаксивость, агрессивность, другие) \_\_\_\_\_

**Начало и развитие заболевания:**

Заболевание выявлено в \_\_\_\_\_ г. при обращении, мед. осмотре. Диагноз(название) \_\_\_\_\_

Установлен в \_\_\_\_\_ г.

На диспансерном наблюдении у: ортопеда, невролога с \_\_\_\_\_ г.

Впервые лечение проводилось в \_\_\_\_\_ г.: оперативное, консервативное.

(Какое) \_\_\_\_\_

Повторная операция в \_\_\_\_\_ году.

**Проводилось лечение последние 3 месяца:** (ЛФК, массаж, электрофорез, магнитолечение, лазер, мануальная терапия и т.д., указать месяц проведения.) \_\_\_\_\_

Какие ортопедические изделия применяет (воротник Шанца, корсет, ортопедическую обувь, стельки, костыли, шины Мирзоевой, протезы) с \_\_\_\_\_ года.

Инвалидность: \_\_\_\_\_ группа.

В санаторий поступает: впервые, повторно (сколько раз \_\_\_\_\_). Оценка проводимого ранее лечения: отлично, хорошо, удовлетворительно.

Подпись родителей \_\_\_\_\_

Дата « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.

## Правила пребывания пациента в ГБУЗ «Детский санаторий имени Н. И. Пирогова»

Правила пребывания пациента в ГБУЗ «Детский санаторий имени Н. И. Пирогова» (далее - "Правила") являются организационно-правовым документом, регламентирующим порядок пребывания пациента на лечении в санатории, в соответствии с Федеральным законом Российской Федерации от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Федеральным законом Российской Федерации от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании граждан в Российской Федерации», Федеральным законом от 30 марта 1999 г. № 52-ФЗ «О эпидемиологическом благополучии населения».

Соблюдение правил гарантирует полноценное лечение и безопасное нахождение в санатории, отсутствие конфликтов в детском коллективе.

Во время пребывания на лечении в ГБУЗ «Детский санаторий имени Н. И. Пирогова» строго запрещено:

- Нахождение в помещении в верхней одежде и без сменной обуви
- Передавать продукты питания
- Проносить предметы и оборудование, указанные в Перечне запрещенных предметов настоящих Правил
- Покидать территорию санатория
- Проходить на территорию с животными
- Находиться на территории санатория без сопровождения воспитателя или мед. персонала
- В период лечения на территории, в том числе во время прогулок пользоваться самокатами, велосипедами, роликами, скейт-бордами и иными средствами передвижения, за исключением детских инвалидных колясок.
- Курить в учреждении и на территории учреждения (в том числе, изделия с нагреваемыми растворами, жидкостями и гелями с содержанием жидкого никотина), использование кальяна, психоактивных веществ
- Находиться в нетрезвом виде в отделении и распивать спиртные напитки, употреблять наркотические средства
- Заказывать доставку продуктов питания, привозить продукты питания и кормить детей в день посещения
- Выход детей к морю без сопровождения взрослых, самостоятельное купание в море. Выход к морю детей осуществляется в сопровождении воспитателя и медицинской сестры в соответствии с утвержденным режимом дня.
- Пользоваться эклектическими приборами в палате, заряжать телефоны вне графика
- Переходить из палаты в палату без разрешения заведующего отделением, посещать другие отделения
- Самостоятельно покидать отделение для прогулки
- В случае возникновения заболевания скрывать свое состояние от медперсонала и заниматься самолечением (самостоятельно принимать лекарственные средства). При ухудшении самочувствия необходимо немедленно сообщить об этом медицинской сестре или воспитателю.  
При выявлении признаков острой респираторной инфекции, пациент переводится в изолятор и подлежит досрочной выписке из Санатория, родители обязаны его забрать. Если данное требование не выполняется, то переводится в инфекционное отделение стационара городской больницы
- Портить имущество Санатория и других лиц, находящихся на лечении, а также посягать на него (воровать). При возникновении такой ситуации, информация передается в ОУУП и ПДН ОМВД России, родителям необходимо возместить стоимость убытков в установленном законом порядке. Ребенок выписывается досрочно.
- Оскорблять достоинство другого человека (действиями, поступками, словесными выражениями)
- Совершать действия, наносящие вред своему здоровью и здоровью окружающих, вступать в драки, лазать по деревьям и заборам

- Оставлять детям золотые украшения, драгоценности, дорогостоящие предметы, деньги и банковские карты. В случае порчи, утери вышеперечисленных предметов и вещей, Администрация Санатория ответственности не несет
- Умышленно (ложно) вызывать пожарную охрану путем нажатия кнопки пожарной сигнализации без угрозы возгорания и пожара.
- Включать освещение, аудио, видео аппаратуру, телефоны, а также ходить по палате и отделению во время, отведенное для сна и отдыха, согласно режиму дня;
- Грубо и неуважительно относиться к персоналу санатория;
- Оставлять за собой мусор в неустановленных местах
- Нарушать режим дня, установленный Санаторием
- Детям, находящимся в отделении реабилитации, по мед.показаниям активные игры запрещены

#### **Внимание!**

В связи с необходимостью:

- прохождения детьми адаптационного периода, - в целях дать ребёнку время привыкнуть к новым условиям, режиму и коллективу;
- соблюдения лечебного режима;
- соблюдения санитарно-эпидемиологических мер, в целях недопущения вспышки инфекционных заболеваний или других эпидемиологических рисков;
- обеспечения антитеррористической защищённости детей и персонала, в санатории разрешено посещение родителями детей только согласно утвержденного графика, который публикуется на сайте учреждения [www.seachildren.ru](http://www.seachildren.ru), предварительно необходимо ознакомиться с правилами посещения

*Подписывая настоящие правила, законный представитель ребенка (пациента) добровольно дает свое согласие на отказ от посещения ребенка родителями (законными представителями) в неустановленное графиком время.*

#### **Пациенты в период пребывания в санатории обязаны:**

- На протяжении всего пребывания в учреждении соблюдать санитарно-эпидемиологические нормы, подчиняться требованиям медицинского персонала, воспитателей в части соблюдения правил внутреннего распорядка, посещения лечебных процедур и требований личной гигиены пациента.
- Соблюдать тишину при принятии процедур;
- Поддерживать чистоту и порядок в палате, принимать участие в самообслуживающем труде (уборка спального места, постели, тумбочки, посуда в столовой), в уборке территории санатория;
- Сдавать сотовые телефоны на хранение медицинской сестре на период дневного и ночного сна
- Бережно относиться к природе и растительности санатория;

**В случае нарушения правил пребывания в санатории, пациент подлежит немедленной выписке!**

Подпись законного представителя: \_\_\_\_\_

Дата: \_\_\_\_\_

Подпись ребёнка: \_\_\_\_\_

С датой посещения и правилами посещения ознакомлен \_\_\_\_\_

**Перечень предметов, веществ и оборудования, в отношении которых устанавливается запрет или ограничение на перемещение на территорию и в зданиях ГБУЗ «Детский санаторий имени Н.И.Пирогова»**

**Запрещенные предметы**

1. Взрывчатые вещества и их компоненты, средства взрывания и предметы, ими начиненные.
2. Оружие любого типа, в том числе самообороны, боеприпасы, составные части огнестрельного оружия, спецсредства, колющие или режущие предметы, ножи, иное холодное оружие, в том числе холодное оружие, являющееся элементом военной формы одежды (кортик).
3. Устройства и изделия, в том числе самодельного изготовления, не являющиеся пиротехникой, применяющиеся для разбрасывания, распыления различных материалов и веществ (в том числе пневмохлопушки) и иные изделия, предметы, в том числе самодельного изготовления, использование которых может привести к травмам, воспламенению или задымлению.
4. Средства маскировки или предметы, затрудняющие установление личности.
5. Аэрозольные баллончики, сжатые и сжиженные газы, карманные зажигалки
6. Огнеопасные и пиротехнические вещества и изделия, включая сигнальные ракеты, фейеры, петарды, газовые баллоны и предметы, которые могут быть использованы для изготовления пиротехнических изделий или дымов, воспламеняющиеся твердые вещества и иные химические материалы, включая легковоспламеняющиеся и горючие жидкости, горючие газы, окисляющие вещества и органические перекиси.
7. Источники ионизирующих излучений, радиоактивные и делящиеся материалы, токсичные химические вещества, аварийно-химически опасные вещества, химические реактивы и средства бытовой химии.
8. Материалы (на любых носителях, включая одежду) экстремистского, оскорбительного или дискриминационного характера, содержащие нацистскую атрибутику или символику, либо атрибутику или символику экстремистских организаций, а также направленные на любого рода дискриминацию страны, лица или группы лиц по признакам расы, этнического или социального происхождения и статуса, пола, инвалидности, языка, религии, политических или иных убеждений, места рождения и проживания, уровня доходов или по любой другой причине.
9. Средства защиты тела (бронежилеты, корсеты). **Исключение:** Корсеты, назначенные по медицинским показаниям.
10. Наркотические, психотропные, токсические вещества, их прекурсоры, в том числе в виде лекарственных средств, а также инъекционные препараты, медицинские шприцы, иглы. **Исключение:** Лекарственные препараты по назначению врача со справкой из медицинского учреждения об их назначении (сдаются медицинской сестре на этаже)
11. Все виды жидкостей объемом свыше 200 мл, в том числе парфюмерия.
12. Алкогольные напитки.
13. Животные
14. Громоздкие предметы, сумма которых в трех измерениях по длине, ширине и высоте превышает 150 см.
15. Флаги и баннеры.
16. Древки для флагов или плакатов любого типа.
17. Печатная продукция религиозного, политического или оскорбительного содержания, или содержания, противоречащего нормам общественного порядка и/или морали
18. Технические средства, способные помешать проведению охранных мероприятий.
19. Беспилотные воздушные суда любой максимальной взлетной массы и беспилотные аппараты, перемещающиеся по земле, на воде и под водой, воздушные змеи и воздушные шары любых размеров.
20. Профессиональное оборудование для фото и видеосъемки. **Исключение:** Аккредитованные представители СМИ по согласованию с администрацией.
21. Любые сыпучие вещества независимо от объема.

22. Средства индивидуальной мобильности (велосипеды, электросамокаты, гироскутеры и т.д.) и необходимые для управления ими средства защиты тела. **Исключение:** вспомогательные средства для персональной мобильности (кресла-коляски).
23. Электронные устройства, нагревающие жидкость, включая вейпы и электронные сигареты.
24. Другие вещества и предметы, представляющие опасность, а также запрещенные к обороту на территории Российской Федерации.
25. Любые предметы, внешне напоминающие запрещенные предметы или их копии и аналоги в соответствии с перечнем

Ознакомлен \_\_\_\_\_

(дата, подпись, расшифровка подписи)

Государственному бюджетному  
учреждению здравоохранения  
«Детский санаторий имени Н.И. Пирогова»  
Министерства здравоохранения  
Краснодарского края  
353467, г. Геленджик, ул. Взлетная, 39  
(ОГРН 1022300773868 ИНН 2304017627)

### Согласие на использование изображения

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. полностью)  
\_\_\_\_\_  
(число, месяц, год рождения)  
зарегистрированный(ая) по адресу: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
паспорт гражданина РФ серия и номер: \_\_\_\_\_,  
выдан \_\_\_\_\_  
(наименование органа, выдавшего документ, дата выдачи)  
являясь законным представителем (опекуном) несовершеннолетнего \_\_\_\_\_  
(далее-«ребенок»).

даю Вам согласие на использование изображений ребенка в рекламных, информационных и иных материалах, размещаемых на наружных и внутренних стендах, в печатных изданиях, в сети Интернет, без выплаты ему и мне вознаграждения. Согласие распространяется на все изображения ребенка, а именно фотографии/видеозаписи/произведения изобразительного искусства и др., полученные например, в процессе съемки для рекламной кампании во время пребывания ребенка в санатории.

Настоящим предоставляю Вам право обнародовать и в дальнейшем использовать изображения ребенка полностью или фрагментарно: воспроизводить, распространять путем продажи или иного отчуждения оригиналов изображений или их экземпляров, осуществлять публичный показ, импортировать оригиналы или экземпляры изображений в целях распространения, предоставлять оригиналы или экземпляры изображений, сообщать в эфир и по кабелю, перерабатывать, доводить до всеобщего сведения. Кроме того, Вам разрешается передавать права на мои изображения любым третьим лицам в целях, связанных с проведением рекламной кампании.

Изображения нельзя использовать способами, порочащими честь, достоинство и деловую репутацию ребенка. Изображения могут быть использованы до дня отзыва настоящего согласия в письменной форме.

Законный представитель  
субъекта персональных данных: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(подпись) (инициалы, фамилия)

«    »                      20    г.

## СОГЛАСИЕ

на обработку персональных данных пациента государственного бюджетного учреждения  
здравоохранения «Детский санаторий имени Н.И. Пирогова» министерства здравоохранения  
Краснодарского края, иных субъектов персональных данных

Я, \_\_\_\_\_, проживающий(-ая) по адресу \_\_\_\_\_,  
паспорт \_\_\_\_\_ серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_,  
« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ года,

являюсь законным представителем пациента (ребенка или лица, признанного в установленном порядке недееспособным или иное):

\_\_\_\_\_ (ФИО ребенка или лица, признанного в установленном порядке недееспособным или иное)

Проживающего по адресу (по месту регистрации):

\_\_\_\_\_ (адрес ребенка или лица, признанного в установленном порядке недееспособным или иное)

номер основного документа, удостоверяющего его личность, сведения о дате выдачи указанного документа и выдавшем его органе:

\_\_\_\_\_ (паспорт, свидетельство о рождении ребенка или паспорт лица, признанного в установленном порядке недееспособным или иное)

реквизиты подтверждающего полномочия этого представителя (доверенности или иного документа):

\_\_\_\_\_ (Доверенность, свидетельство о рождении, решение суда или иное)

в соответствии с Федеральным законом Российской Федерации от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», в соответствии со статьей 13 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», в соответствии с требованиями Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», даю согласие государственному бюджетному учреждению здравоохранения «Детский санаторий имени Н.И. Пирогова» министерства здравоохранения Краснодарского края (далее - Учреждение), расположенному по адресу 353467, РОССИЯ, Краснодарский край, г. Геленджик, ул. Взлетная, д. 39, на обработку моих (пациента) персональных данных, а именно:

Специальные: Сведения о состоянии здоровья, Сведения о заболеваниях.

Иные: Фамилия, имя, отчество, Год рождения, Месяц рождения, Дата рождения, Пол, Адрес места жительства, СНИЛС, Данные документа, удостоверяющего личность, Данные документа, содержащиеся в свидетельстве о рождении.

**в целях** обеспечение соблюдения законодательства РФ в сфере здравоохранения.

Перечень допустимых действий, осуществляемых Учреждением с персональными данными (в том числе специальными):

Предоставляю Учреждению право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Я разрешаю Учреждению осуществлять смешанную обработку моих (пациента) персональных данных (в том числе специальных) с применением электронно-вычислительной техники, с передачей по внутренней сети и сети Интернет с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну, в том числе конфиденциальность персональных данных.

В процессе оказания Учреждением мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои (пациента) персональные данные (в том числе специальные), содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Учреждения, в интересах моего обследования и лечения.

Я разрешаю Учреждению обрабатывать мои персональные данные (в том числе специальные) посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС.

Также я даю согласие Учреждению право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС на оказание медицинских услуг на обмен (прием и передачу), а также взаимодействие, включая межведомственное взаимодействие моими (пациента) персональными данными (в том числе специальными) для исполнения своих обязательств в случаях, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации, с государственными органами и организациями, включая, но не ограничиваясь: медицинскими организациями, страховыми медицинскими организациями, органами исполнительной власти в сфере здравоохранения, Фондом социального страхования, Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Краснодарского края, Новороссийским межрайонным филиалом Территориального фонда обязательного медицинского страхования Краснодарского края, министерством здравоохранения Краснодарского края и другими органами власти и организациями, осуществляющими контроль качества оказания мне (пациенту) медицинских услуг, разработчику медицинской информационной системы используемой в Учреждении в которой ведется персонифицированный учет в соответствии с законодательством РФ в сфере здравоохранения и другими организациями.

Передача и обработка персональных данных (в том числе специальными) могут осуществляться с использованием машинных и бумажных носителей информации 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, в том числе конфиденциальность персональных данных.

Передача моих (пациента) персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия, за исключением, если иное не предусмотрено действующим законодательством РФ.

Согласие вступает в силу со дня его подписания и действует 25 лет и соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты). Действие настоящего согласия прекращается досрочно в случае принятия Учреждением решения о прекращении обработки персональных данных и (или) уничтожения документов, содержащих персональные данные.

Согласие может быть отозвано мною в любое время на основании моего письменного заявления.

В случае получения моего (пациента) письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Учреждение обязано прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате, оказанной мне (пациенту) до этого медицинской помощи и выполнения обязательств, связанных с соблюдением законодательства РФ в сфере здравоохранения. В случае отзыва субъектом персональных данных согласия на обработку персональных данных оператор вправе продолжить обработку персональных данных без согласия субъекта персональных данных при наличии оснований, указанных в пунктах 2 - 11 части 1 статьи 6, части 2 статьи 10 и части 2 статьи 11 Федерального закона «О персональных данных» от 27.07.2006 № 152-Ф

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(И.О. Фамилия)

**Информированное добровольное согласие  
на медицинское вмешательство**

Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество родителя (законного представителя) полностью, дата рождения)  
зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_  
проживающий по адресу: \_\_\_\_\_  
в отношении \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)  
\_\_\_\_\_ рождения,  
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_  
фактический адрес: \_\_\_\_\_  
(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 390н1 (далее - виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/ получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в ГБУЗ "Детский санаторий имени Н.И. Пирогова" 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)  
\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)  
\_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)  
\_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (Ф. И. О. медицинского работника)

\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
(дата оформления)