

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 СНИЛС на ребёнка

- 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!!!!

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 390н¹ (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 390н¹: _____

(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 опекунства / 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 сдаете 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