

**Информационное добровольное согласие на отдых и проведение диагностических и лечебных мероприятий в
ООО «ЛПП Санаторий-профилакторий «Алмед» (для детей, не достигших 15 лет)**

Я (Ф.И.О. полностью), _____,

_____ года рождения, проживающий (ая) по адресу: _____

паспорт: _____, выдан: _____

являюсь законным представителем (мать, отец, попечитель) ребенка: (Ф.И.О. ребенка полностью, год рождения) _____

- Я добровольно даю свое согласие на отдых моего ребенка и проведение ему диагностических и лечебных мероприятий в ООО «Лечебно-профилактическое предприятие Санаторий-профилакторий «Алмед» (далее ООО «ЛПП СП «Алмед»).

- Я ознакомлен (а) с режимом дня, правилами лечебно-охранительного режима и правила внутреннего распорядка, установленными в ООО «ЛПП СП «Алмед» и обязуюсь их соблюдать, так же как и представляемый мною ребенок.

- Я добровольно даю свое согласие на проведение представляемому мною ребенку, в соответствии с назначениями врача, диагностических исследований (опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза; пальпации; перкуссии; аускультации; антропометрических исследований; термометрии; тонометрии; исследований функции нервной системы; электрокардиографии, спирографии; плантографии) и лечебных мероприятий: прием таблетированных, капсулированных и капельных препаратов; подкожных, внутримышечных инъекций; физиотерапевтических процедур (в том числе массажа); кинезиотейпирование; процедур лечебной физкультуры (в том числе БОС-терапии), а так же других методов обследования и лечения, необходимость которых мне будет разъяснена дополнительно.

- Я согласен (а) с тем, что используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, и в случае, когда лечебные и диагностические мероприятия оказаны с соблюдением всех необходимых требований, ООО «ЛПП СП «Алмед» не несет ответственности за их возникновение.

- Я поставил (а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем представляемого мною ребенка, в том числе об аллергических проявлениях, индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, о наследственности, обо всех перенесенных и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, о принимаемых лекарствах.

- Я предупрежден (а) и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение лечебно-охранительного режима и внутреннего распорядка, рекомендаций медицинских работников, режима приема препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья представляемого мною ребенка.

- Я согласен на осмотр моего ребенка другими медицинскими работниками, психологом, студентами медицинских вузов и колледжей исключительно в медицинских, научных и обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны.

- Я также даю согласие на обработку необходимых персональных данных, в объеме и способами, указанными в п. 1, 3 ст.3, ст. 11 Федерального закона №152-ФЗ «О персональных данных».

- Я ознакомлен (а) и согласен (а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною понятны и даю согласие на обследование и лечение в предложенном объеме.

- Я разрешаю предоставлять информацию о диагнозе, степени тяжести и характере заболевания, результатах проведенного обследования предоставляемому мною ребенка, методах и объеме проводимого лечения гражданам (Ф.И.О. полностью) _____

- Я разрешаю посещать и забирать из санатория-профилактория предоставляемого мною ребенка, следующим гражданам (Ф.И.О. полностью) _____

«__» _____ 20__ г. Подпись законного представителя _____ / _____ /

Подпись врача _____ / _____ /