**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество родителя, законного представителя)

проживающий по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

законный представитель (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) несовершеннолетнего (нужное подчеркнуть)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество несовершеннолетнего до 18 лет)

В соответствии с требованиями статьи № 20 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», Федерального закона от 21.11.2013 г. № 317 - ФЗ даю **информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство.** Я доверяю медицинским работникам выполнение исследований, вмешательств и лучевых исследований, если таковое будет продиктовано медицинской необходимостью и целесообразностью и выполнено в соответствии с действующими стандартами и правилами.

**Я даю согласие на проведение при необходимости следующих вмешательств:**

1. Медицинский осмотр при заезде ребенка в ГБУ ДО РК Детский оздоровительный центр «Алые Паруса», и в течение смены.
2. Проведение взвешивания ребенка, спирометрию и измерение мышечной силы кистевым динамометром в начале и в конце смены, измерение роста ребенка. Ежедневный амбулаторный прием, анамнез. Информирование сотрудников (начальника лагеря, воспитателей, тренеров) о состоянии здоровья ребенка.
3. Коррекцию режима и нагрузок для ребенка с отклонениями в состоянии здоровья.
4. Систематический контроль за состоянием здоровья ребенка; систематический контроль за соблюдением правил личной гигиены ребенком.
5. Своевременную изоляцию и/или госпитализацию, организацию лечения и ухода за ребенком согласно стандартам оказания медицинской помощи и клиническим протоколам лечения, действующим на территории РФ. Госпитализацию детей по медицинским показаниям в лечебные учреждения, находящиеся за пределами ГБУ ДО РК Детский оздоровительный центр «Алые Паруса».
6. Осмотр ребенка на педикулез, чесотку, микроспорию; осмотр, в том числе пальпацию, перкуссию, аускультацию, проведение других функциональных методов исследования по медицинским показаниям; антропометрические исследования; термометрию; тонометрию.
7. Не инвазивные исследования органов зрения и зрительных функций; не инвазивные исследования органа слуха и слуховых функций; исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).
8. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечное, внутривенное, подкожное, внутрикожное. Промывание желудка; очистительная и лечебная клизма; обработка ран и наложения повязок, швов.
9. Закрытую репозицию при переломах.

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, возможность направления ребенка на лечение в лечебно-профилактическое учреждение, а так же предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Вместе с тем, даю согласие на работу психолога с ребенком.

Я ознакомлен(а) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты. Настоящее согласие действует на время пребывания несовершеннолетнего ребенка в ГБУ ДО РК «детский оздоровительный центр «Алые паруса» и в течение года после окончания пребывания. Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего документа, который может быть направлен мной в адрес ГБУ ДО РК «детский оздоровительный центр «Алые паруса» по почте заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручен лично под расписку представителю ГБУ ДО РК «Детский оздоровительный центр «Алые паруса».

При заболевании и госпитализации моего ребенка в лечебные учреждения за пределы Центра прошу вас проинформировать меня по следующим контактным данным: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(номер телефона)

Прочим лицам информацию о состоянии здоровья моего ребенка не предоставлять.

**Законный представитель:**

Дата «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2023 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (Ф.И.О.)

**Согласие субъекта на обработку персональных данных.**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ проживающий(ая) по адресу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, основной документ, удостоверяющий личность паспорт: серия \_\_\_\_\_\_\_ №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

законный представитель (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) несовершеннолетнего (нужное подчеркнуть)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество несовершеннолетнего до 18 лет)

на основании статьи 9 Федерального закона от 27 июля 2006 г. №152-ФЗ «О персональных данных» даю свое согласие Государственному бюджетному учреждению дополнительного образования Республики Крым ««Детский оздоровительный центр «Алые паруса» (юридический адрес: Республика Крым, г. Евпатория, пгт. Заозерное, ул. Аллея Дружбы, д. 23) на обработку персональных данных моих и несовершеннолетнего ребенка в объеме и способами, указанными в п.1.3. ст.11 Федерального закона №152-ФЗ «О персональных данных» (как с использованием средств автоматизации, так и на бумажных носителях).

Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие субъекта персональных данных: фамилия, имя, отчество, дата рождения, пол, данные паспорта/свидетельства о рождении, сведения о дате выдаче и органе, выдавшем паспорт/свидетельство о рождении, адрес места регистрации, номер телефона, фото- и видеосъемки, сведения о состоянии здоровья и иные необходимые данные.

К персональным данным, на обработку которых я даю согласие, могут иметь доступ третьи лица: администрация ГБУ ДО РК Детский оздоровительный центр «Алые Паруса», надзорные и контролирующие органы.

С вышеуказанными персональными данными могут быть совершены следующие действия: сбор, систематизация, накопление, автоматизированная обработка, хранение, уточнение (обновление, изменение), распространение, передача вышеуказанных данных (в том числе по телефону или электронной почте, с использованием сети Интернет) администрации ГБУ ДО РК Детский оздоровительный центр «Алые Паруса», обезличивание, блокирование и уничтожение персональных данных.

Разрешаю обмен (прием, передачу, обработку) моих персональными данных между ГБУ ДО РК Детский оздоровительный центр «Алые Паруса» и третьими лицами в соответствии с заключенными договорами и соглашениями, в целях соблюдения моих законных прав и интересов.

Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты. Настоящее согласие действует на время пребывания несовершеннолетнего ребенка в ГБУ ДО РК «Детский оздоровительный центр «Алые паруса» и в течение года после окончания пребывания.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес ГБУ ДО РК Детский оздоровительный центр «Алые Паруса» по почте заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручен лично под расписку представителю ГБУ ДО РК Детский оздоровительный центр «Алые Паруса».

С положением о защите персональных данных обучающихся (воспитанников), законных представителей обучающихся (воспитанников) и работников ГБУ ДО РК «ДОЦ «Алые паруса» **ознакомлен.**

**Законный представитель:**

Дата «\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2023 г.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (Ф.И.О.)