

**Информированное добровольное согласие
на санаторно-курортное лечение и получение медицинских услуг
в ФГБУ ДС «Белокуриха» им. В.В. Петраковой Минздрава России**

Я, (ФИО) _____

являясь законным представителем (мать, отец, опекун, попечитель, сопровождающий):

ФИО ребёнка _____, года рождения _____,

в соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» подтверждаю, что согласно моей воле в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания санаторно-курортного лечения, получения медицинских услуг, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания санаторно-курортного и оздоровительного лечения, получения медицинских услуг.

1. Я информирован(а) о том, что медицинские услуги в санатории проводятся по утверждённым НИИ курортологии и физиотерапии медицинским технологиям и методикам, разрешённым к применению Минздравом России. До моего сведения доведено, какие услуги будут оказаны моему ребёнку и то, что медицинские услуги оказываются после осмотра врача и необходимых обследований.

2. Я получил(а) информацию о возможной связи с лечащим врачом, извещен(а) в доступной форме о целях, характере и неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также о том, что предстоит делать во время их проведения.

3. Я предупреждён(а) о возможных осложнениях и неблагоприятном воздействии на здоровье неоконченного курса лечения в случае досрочного отъезда или самовольного отказа от процедур.

4. Я ознакомлен(а) с распорядком дня, правилами лечебно-охранительного режима, правилами пребывания в санатории и даю согласие на их выполнение моим ребёнком. Я информирован(а) о том, что потребители, нарушающие распорядок дня и правила поведения в санатории, создающие этим поведением угрозу здоровью или жизни себе и окружающим, подлежат досрочной выписке и должны немедленно покинуть санаторий.

5. Я поставил(а) в известность врача **письменно (в анкете)** обо всех проблемах, связанных со здоровьем и индивидуальными особенностями, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных травмах, операциях, заболеваниях, о принимаемых лекарственных средствах моего ребёнка. Я сообщил(а) (в анкете) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств моим ребёнком.

6. Я также ознакомлен(а) с наличием в санатории узких специалистов: **оториноларинголог, стоматолог, гастроэнтеролог, физиотерапевт, детский невролог, детский гинеколог, кардиолог, рефлексотерапевт, психолог, врач функциональной диагностики, врач ультразвуковой диагностики, и наличием клинической лаборатории.**

7. Я информирован(а) о том, что в период санаторно-курортного лечения, при проведении диагностических обследований, оказании неотложной помощи, при обострении основного или сопутствующего заболевания, при лечении интеркуррентных заболеваний моему ребёнку могут быть назначены лекарственные средства.

Я ознакомился(ась) со списком лекарственных препаратов (Приложение № 1) и даю своё согласие на их применение.

8. Я информирован(а) о том, что в случае необходимости моему ребёнку будет оказана неотложная медицинская помощь в условиях стационара: консультации: хирурга, травматолога, окулиста, уролога, инфекциониста, дерматолога, эндокринолога; обследования в: биохимической лаборатории, рентген кабинете; оперативное и консервативное лечение (неотложные хирургические вмешательства различной степени, лечение обострений бронхиальной астмы средней и тяжёлой степени, лечение острой пневмонии и тяжёлой формы гриппа, лечение инфекционных заболеваний (ветряная оспа, корь, краснуха, эпидпаротит и др). При переводе в стационар осуществляется постоянный контакт лечащего врача с врачами стационара, проводится дополнительное питание, а при необходимости и лечение за счёт санатория.

9. Я даю своё согласие, в случае необходимости, на лечение и обследование моего ребёнка в условиях стационара.

10. Я даю своё согласие на лечение и необходимое обследование в санатории моего ребенка, в том числе, на проведение в отношении моего ребенка следующих медицинских процедур и манипуляций (опросы, осмотры, заборы биологических жидкостей, взятие образцов биоматериала, функциональные исследования) в целях формирования сведений для назначения процедур в рамках основного/сопутствующего заболевания, подозрений/жалоб различного характера, в том числе урологического и гинекологического.

11. Я предупреждён о том, что могу собственноручно внести поправки в данное информированное согласие.

12. Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с п.5 ч. 5 ст. 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии здоровья ребенка, законным представителем которого я являюсь.

ФИО _____ по телефону _____

Дата _____ Подпись законного представителя: _____ Подпись мед.работника: _____

Потребитель имеет право собственноручно внести изменения и дополнения в настоящее добровольное информированное согласие

**Список лекарственных средств,
которые могут быть назначены Вашему ребёнку в период санаторно-курортного лечения,
при проведении диагностических обследований, оказании неотложной помощи, при обострении
основного или сопутствующего заболевания, при лечении интеркуррентных заболеваний.**

Уважаемые родители убедительно просим Вас обратить внимание!

Лекарственные средства, которые Вы не разрешаете применять ребёнку, могут быть вычеркнуты, в этом случае, напротив названия лекарственного средства, Вы должны поставить свою подпись.

Название	Подпись	Название	Подпись
Адреналин		Лидокаин	
Акридерм		Микролакс	
Аминокапроновая кислота		Метоклопрамид	
Аммиак		Нимесулид	
Астмасол		Новокаин	
Анальгин		Натрия хлорид	
Азитромицин		Но-шпа	
Амброксол		Отипакс	
Амбробене		Оксолиновая мазь	
Амосин		Пантенол	
Андипал		Панангин	
Арбидол		Панкреатин	
Ацикловир		Парацетомол	
Баралгин		Папаверин	
Беродуал		Педикулен	
Бриллиантовый зелёный		Перекись водорода	
Бромгексин		Преднизолон	
Вазелиновое масло		Пульмикорт	
Валидол		Ремантадин	
Викасол		Риниколд	
Винилин		Ротокан	
Гидрокортизон		Сальбутамол	
Глюкоза		Смекта	
Гемостатическая губка		Сульфацил натрия	
Гиоксизон		Синтомицин мазь	
Дексаметазон		Сорбит	
Диакارب		Стоптусин	
Дротаверин		Сумамед	
Дибазол		Супрастин	
Димедрол		Таблетк. от кашля	
Индометацин		Транексам	
Йод		Тетрациклиновая мазь	
Йокс		Уголь активирован	
Каметон		Фенистил	
Клотримазол		Фервекс	
Корвалол		Фламин	
Крем детский		Фосфалюгель	
Ксилен		Церукал	
Коделак		Цитрамон	
Лоперамид		Эналаприл	
Левомеколь		Эуфилин	

Я ознакомился(ась) со списком лекарственных средств, которые могут быть назначены моему ребёнку в период санаторно-курортного лечения, и даю своё согласие на их использование в случае необходимости.

Дата: _____ 20__ г.

_____ Подпись

_____ Расшифровка подписи

АНКЕТА

Заполняется родителями, отправляющими ребёнка
в ФГБУ ДС «Белокуриха» им. В.В. Петраковой Минздрава России

ФИО ребёнка _____

Дата рождения и класс _____

Домашний адрес _____

Домашний телефон _____

Сведения о родителях (опекунах):

ФИО мамы _____

Место работы и должность мамы _____

Рабочий и мобильный телефон мамы _____

ФИО папы _____

Место работы и должность папы _____

Рабочий и мобильный телефон папы _____

Дополнительная информация о ребёнке:

Наличие аллергических реакций:

- пищевых _____

- медикаментозных _____

- бытовых _____

Перенесенные детские инфекции, операции _____

Сведения для воспитателя об особенностях поведения _____

Жалобы по основному диагнозу направления на СКЛ _____

Жалобы по сопутствующему диагнозу направления на СКЛ _____

Проведенное за последний год амбулаторное и стационарное лечение _____

Ранее полученное санаторно-курортное лечение _____

Наличие полного курса прививок от клещевого энцефалита или страхование от клещевого энцефалита _____

ВАЖНО!!!

Если Ваш ребенок получает противорецидивное лечение, Вам необходимо сообщить об этом лечащему врачу и сдать все лекарства в подписанном пакете медицинскому персоналу, с указанием дозировки, кратности и времени приема, длительности курса.

Лекарственные препараты без четкого письменного назначения врача, без личной печати врача, в нестандартной форме, с повреждённой упаковкой, без указания срока годности не принимаются.

ДОКУМЕНТЫ РЕБЁНКА, ПОДЛЕЖАЩИЕ СДАЧЕ В ПРИЁМНОМ ОТДЕЛЕНИИ:

1. Путевка.
2. Санаторно-курортная карта.
3. Справка об отсутствии контакта с инфекционными больными. Срок действия справки не более 3-х суток на дату заезда в санаторий.
4. Справка от дерматолога(педиатра) об отсутствии заразных заболеваний кожи и волосистой части головы (давностью до 7 дней).
5. Выписка из амбулаторной карты.
6. Копия паспорта (свидетельства о рождении) ребенка.
7. Копия медицинского полиса ребенка.
8. Копия СНИЛС (страховой номер индивидуального лицевого счёта).
9. Копия сертификата о прививках с обязательным указанием реакции Манту.
10. Анкета, информированное согласие и согласие на обработку персональных данных (можно скачать на сайте).

ВНИМАНИЕ!

1. Доводим до сведения родителей, что за оставленные ребёнку ценные вещи (телефоны, планшеты, смартфоны, игровые приставки, музыкальные устройства, ноутбуки, украшения, видео и фотокамеры) и личные деньги, не сданные на хранение –

САНАТОРИЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ НЕ НЕСЁТ,

так как создать полноценные условия хранения в детском учреждении невозможно.

2. В целях соблюдения санаторного режима, исключения посещения сайтов, несущих угрозу физическому и психологическому здоровью, организации активного участия в учебном, лечебном и досуговом процессе, полноценного отдыха и сна, находящихся на санаторно-курортном лечении детей, в период пребывания в санатории пользование телефонами, планшетами, ноутбуками, игровыми приставками и музыкальными устройствами. а также иными электронными средствами связи

ОГРАНИЧЕНО!

При заезде детей на санаторно-курортное лечение все вышеперечисленные устройства сдаются в индивидуальном пакете, подписанные, в выключенном виде дежурному воспитателю и оставляются на хранение в негорящем шкафу у дежурной медсестры. Выдача детям и пользование телефонами, планшетами, ноутбуками, игровыми приставками и музыкальными устройствами разрешается с 14:30 до 15:30 (местное время), после 15:30 (местного времени) все телефоны, планшеты, ноутбуки, игровые приставки и музыкальные устройства должны быть сданы также в индивидуальном пакете, подписанные, в выключенном виде дежурному воспитателю.

Время пользования телефонами согласовано с режимом дня санатория.

3. Дети, нарушающие распорядок дня и правила пребывания в детском санатории, создающие этим поведением угрозу здоровью или жизни себе и окружающим, подлежат досрочной выписке без компенсации за неиспользованную часть путёвки.

4. Дети, выписываемые из санатория без родителей (самостоятельный отъезд) или с сопровождающим, должны иметь доверенность на отъезд, заверенную в установленном порядке

ПРОГУЛКИ ДЕТЕЙ С РОДИТЕЛЯМИ И САМОСТОЯТЕЛЬНО ЗА ПРЕДЕЛАМИ

ТЕРРИТОРИИ САНАТОРИЯ ЗАПРЕЩЕНЫ!

(Основание: приказы от 18 августа 2010 года Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации № 693н, Министерства внутренних дел Российской Федерации № 604, Федеральной службы безопасности Российской Федерации № 403 «Об утверждении инструкции по обеспечению антитеррористической защищенности санаторно-курортных учреждений, приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 5 мая 2016 г. № 279н «Об утверждении Порядка организации санаторно-курортного лечения»).

Подпись законного представителя _____ Расшифровка подписи _____

Дата _____

ПИСЬМЕННОЕ СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

(заполняется собственноручно)

Я,

_____ фамилия, имя, отчество родителя (опекуна)

Законный представитель ребёнка: _____

_____ Фамилия, имя, отчество ребёнка

Адрес (по месту
регистрации)
Паспорт: серия, №
Выдан: орган/дата

в соответствии с требованиями ст. 9 ФЗ от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю своё согласие на обработку уполномоченными должностными лицами ФГБУ ДС «Белокуриха» им. В.В. Петраковой Минздрава России, расположенного по адресу: Алтайский край, г. Белокуриха, улица Славского 14, далее – «Оператор»,

1 - персональных данных, включающих: ФИО, пол, домашний адрес, данные документа удостоверяющего личность, место работы и должность, рабочий, домашний и мобильный телефоны родителей, опекунов, других лиц представляющих интересы ребёнка,

2 – персональных данных, включающих: ФИО ребёнка, пол, дату рождения, место рождения, гражданство, данные документа удостоверяющего личность, образование, адрес проживания, место и дату регистрации, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС, страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС), данных о состоянии здоровья моего ребёнка

_____ фамилия, имя, отчество ребёнка

заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских и иных санаторно-курортных услуг.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными и персональными данными моего ребенка, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение, совершаемые как с использованием средств автоматизации, так и без использования таких средств.

Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, в формы медицинской документации, включения в списки (реестры) и отчетно-учетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) в уполномоченные государственные и муниципальные органы и организации.

Даю согласие на то, что Оператор в ходе своей деятельности может поручать обработку (хранение) персональных данных другому должностному лицу Оператора. При этом обязательным условием поручения обработки персональных данных другому лицу является обязанность сторон по соблюдению конфиденциальности и обеспечению безопасности персональных данных при их обработке. Передача моих персональных данных и данных моего ребенка иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие на обработку персональных данных действует на период санаторно-курортного лечения и может быть отозвано в любое время путем подачи оператору заявления в простой письменной форме.

Персональные данные уничтожаются: по достижению целей обработки персональных данных; при ликвидации или реорганизации оператора; на основании письменного обращения субъекта персональных данных с требованием о прекращении обработки его персональных данных, в сроки, установленные законодательством Российской Федерации для хранения медицинской карты (истории болезни) - двадцать пять лет. В случае отзыва согласия Оператор обязан прекратить их обработку не позднее 30 дней с даты поступления отзыва.

Оператор вправе продолжить обработку персональных данных без согласия субъекта при наличии оснований, указанных в пунктах 2-11 части 1 статьи 6, части 2 статьи 10 и части 2 статьи 11 Федерального закона от 27.07.2006г. № 152-ФЗ «О персональных данных».

Контактный телефон(ы) _____

_____ / _____ / «__» _____ 20__ г.

Подпись

Расшифровка подписи

**Информированное согласие
по ограничениям, действующим в период работы санатория в условиях сохранения рисков
распространения COVID-19**

Я, (ФИО) _____,
зарегистрированный по адресу: _____,
являясь законным представителем (мать, отец, опекун, попечитель, сопровождающий):
ФИО ребёнка _____, года рождения _____,
подтверждаю, что в доступной для меня форме мне разъяснены требования Методических рекомендаций
Роспотребнадзора РФ МР 3.1/2.1.0182-20

Я ознакомлен(а) с изменениями и ограничениями, введёнными в санатории во исполнение указанных
выше документов, связанными с распорядком дня, правилами лечебно-охранительного режима, правилами
пребывания в санатории и даю согласие на их выполнение моим ребёнком. Я согласен(на) не считать
исполнение санаторием указанных рекомендаций и правил, и возможные ограничения, накладываемые на
условия пребывания несовершеннолетнего ребёнка на территории санатория, а также на программу отдыха, в
связи с исполнением указанных рекомендаций и правил, основанием для предъявления каких-либо претензий.

Я сообщил(а) правдивые сведения об отсутствии у моего ребёнка контактов с инфицированными
COVID-19 лицами, а также о том, что сам ребёнок не относится к категории лиц, инфицированных COVID-19, и
осознаю, что несу ответственность за достоверность указанных сведений и возможные негативные последствия
сокрытия достоверной информации.

Я информирован(а) о том, что в санатории осуществляется одномоментный организованный заезд
всех детей в санаторий и выезд из него. Устанавливается запрет на приём детей после дня заезда и на
временный выезд детей в течение заезда. Не допускается посещение детей на период заезда, передача им
любых предметов и продуктов, а также любые контакты с лицами, не участвующими в оказании услуг
санаторно-курортного лечения на период установления ограничений посещения (оповещение о вводимых
ограничениях доводится общедоступным способом путем размещения на информационном стенде санатория
и/или официальном сайте санатория).

Я информирован(а) и согласен(на) с тем, что в случае исполнения санаторием предписаний
контрольных и надзорных органов, постановлений или распоряжений органов власти, иных обязательных к
исполнению нормативных актов, требующих введения вынужденных карантинных мер во время заезда,
включая режим обсервации, нахождение ребёнка в санатории сверх установленного путёвкой срока,
оплачивается по калькуляции из расчёта стоимости питания и проживания за каждый дополнительный день
пребывания (действительно в отношении путёвок, приобретённых за счёт собственных средств или средств
юридических лиц, заключивших договоры с санаторием).

Я информирован(а) о том, что в случае выявления у ребёнка признаков респираторных заболеваний и
повышенной температуры в течение заезда, санаторием обеспечивается его незамедлительная изоляция до
приезда бригады «Скорой помощи», которая обеспечивает дальнейшее направление ребёнка согласно
маршрутизации в медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь пациентам с симптомами
ОРВИ, пациентам с установленным диагнозом коронавирусной инфекцией COVID-19, а также пациентам из
групп риска заражения коронавирусной инфекцией COVID-19, согласно приложению № 15 к приказу
Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19 марта 2020г. № 198н, введённому в действие
приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29 мая 2020г. № 513н.

В случае выявления у ребёнка признаков респираторных заболеваний и повышенной температуры в
течение заезда санаторий незамедлительно извещает законных представителей по предоставленному им
контактному телефонному номеру.

Я даю своё согласие, в случае необходимости, на лечение и обследование моего ребёнка в условиях
COVID-стационара. _____

Дата _____ Подпись законного представителя: _____ Телефон: _____

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ДЕТСКИЙ САНАТОРИЙ «БЕЛОКУРИХА» ИМЕНИ В.В. ПЕТРАКОВОЙ
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

УТВЕРЖДАЮ
Главный врач
ФГБУ ДС «Белокуриха»
им. В.В. Петраковой
Минздрава России
_____ Юрова Е.Г.
«01» ноября 2022г.

ПРЕЙСКУРАНТ ЦЕН
НА ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ,
НЕ ВКЛЮЧЕННЫЕ В СТОИМОСТЬ ПУТЁВКИ

Наименование услуги	Стоимость одной процедуры (в рублях)	Рекомендуемое количество процедур	Стоимость курса
ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ			
Тонзиллор (НУЗ терапия)	530,00	10	5300,00
ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ			
Гидроколонотерапия	1100,00	3	3300,00
		5	5500,00
ДЕТСКАЯ ГИНЕКОЛОГИЯ			
Гинетон (НУЗ терапия)	350,00	8	2800,00
		10	3500,00

*Указанная в прейскуранте стоимость не является публичной офертой,
в течение года возможны изменения цен на отдельные позиции.*

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ!
НЕОБХОДИМО ПРОКОНСУЛЬТИРОВАТЬСЯ С ВРАЧОМ!

**Информированное добровольное согласие
на платные, дополнительные процедуры на аппарате «ГИНЕТОН»
(низкочастотная ультразвуковая терапия на аппарате «Гинетон»)
(при наличии показаний)**

Я, (ФИО) _____,
зарегистрированный по адресу: _____,
являюсь законным представителем (мать, отец, опекун, попечитель, сопровождающий):
ФИО ребёнка _____, года рождения _____,
в доступной форме информирован о возможности получения, во время
санаторно-курортного лечения, дополнительных платных процедур, не
включенных в стоимость путёвки, на аппарате «Гинетон».

**1. Я информирован о том, что этот высокоэффективный метод ведёт к
быстрейшему выздоровлению ребёнка, повышает защитные силы организма,
значительно улучшает состояние женских половых органов, предупреждает
развитие женского бесплодия в будущем.**

2. Я информирован о показаниях для лечения на аппарате «Гинетон»:

- а) - Вульвит;
- б) - Вульвовагинит;
- в) - Генитальный герпес;
- г) - Кольпит;
- д) - Генитальный кандидоз;
- е) - Дистрофические изменения женских половых органов;

3. Я информирован о возможных противопоказаниях, осложнениях при лечении
на аппарате «Гинетон»: **а) - Индивидуальная непереносимость ультразвука.**
б) - Местные аллергические реакции.

4. Я получил информацию, о необходимом количестве процедур, для достижения
положительного результата. **Рекомендуемое количество процедур: 8 – 10.**

5. Я предупреждён(а) о возможных осложнениях и неблагоприятном воздействии
на здоровье неоконченного курса лечения в случае досрочного отъезда или
самовольного отказа от процедур.

6. Мне разъяснено право на отказ от указанного вида медицинского
вмешательства и его прекращение.

7. Я даю своё согласие на лечение моего ребёнка на аппарате «Гинетон».

Я, _____
(ФИО законного представителя)

разрешаю провести лечение на аппарате «Гинетон» моему ребёнку

_____, возраст _____ лет
(ФИО ребёнка)

Лечение оплатил. Деньги сданы кассиру в сумме _____ руб.
(_____)

Дата _____

Подпись _____

**Информированное добровольное согласие
на платные, дополнительные процедуры на аппарате
«ТОНЗИЛЛОР»**

**(низкочастотная ультразвуковая терапия на аппарате «Тонзиллор»)
(при наличии показаний)**

Я, (ФИО) _____,
зарегистрированный по адресу: _____,
являюсь законным представителем (мать, отец, опекун, попечитель, сопровождающий):
ФИО ребёнка _____, года рождения _____,
в доступной форме информирован о возможности получения, во время
санаторно-курортного лечения, дополнительных платных процедур, не
включенных в стоимость путёвки, на аппарате «Тонзиллор».

**1. Я информирован о том, что этот высокоэффективный метод ведёт к
снижению заболеваний, быстрейшему выздоровлению ребёнка, повышает
защитные силы организма, значительно улучшает состояние носоглотки,
миндалин, аденоидов.**

2. Я информирован о показаниях для лечения на аппарате «Тонзиллор»:

- а) - частые ОРЗ;**
- б) - частые ангины (2 и более раз в год);**
- в) - Хронический тонзиллит (без ангин), с обострениями;**
- г) - Хронический аденоидит;**
- д) - Хронический фарингит;**
- е) - Гипертрофия нёбных миндалин;**
- ж) - Аденоиды;**

**3. Я информирован о возможных противопоказаниях, осложнениях при лечении
на аппарате «Тонзиллор»:** **а) - Индивидуальная непереносимость ультразвука.**
б) - Местные аллергические реакции.

**4. Я получил информацию, о необходимом количестве процедур, для достижения
положительного результата. **Рекомендуемое количество процедур: 8 – 10.****

**5. Я предупреждён(а) о возможных осложнениях и неблагоприятном воздействии
на здоровье неоконченного курса лечения в случае досрочного отъезда или
самовольного отказа от процедур.**

**6. Мне разъяснено право на отказ от указанного вида медицинского
вмешательства и его прекращение.**

7. Я даю своё согласие на лечение моего ребёнка на аппарате «Тонзиллор».

Я, _____
(ФИО законного представителя)

разрешаю провести лечение на аппарате «Тонзиллор» моему ребёнку

_____, возраст _____ лет
(ФИО ребёнка)

Лечение оплатил. Деньги сданы кассиру в сумме _____ руб.

(_____)

Дата _____

Подпись _____

**Информированное добровольное согласие
на дополнительную платную медицинскую услугу, не включенную в
стоимость путёвки – очищение кишечника (кишечный мониторинг)
ГИДРОКОЛОНОТЕРАПИЯ
(при наличии показаний)**

Я, (ФИО) _____,
зарегистрированный по адресу: _____,

являюсь законным представителем (мать, отец, опекун, попечитель, сопровождающий):

ФИО ребёнка _____, года рождения _____, в

доступной форме информирован о возможности получения, во время санаторно-курортного лечения, дополнительных платных процедур, не включенных в стоимость путёвки – оздоровление организма, через дозированное лечебное промывание кишечника, с помощью аппарата «Гидроколоноterapia».

1. Я информирован о том, что этот высокоэффективный метод ведёт к очищению кишечника и организма в целом от токсинов, аллергенов, шлаков, восстанавливает эвакуаторную функцию кишечника, нормализует микрофлору кишечника, улучшает всасывание питательных веществ, ведёт к снижению заболеваний и быстрейшему выздоровлению ребёнка, повышает защитные силы организма, значительно улучшает состояние кишечника, печени, кожи.

2. Я информирован о показаниях для процедуры гидроколоноterapia:

- а) - хронические запоры;
- б) - хронические интоксикации (лекарственные, печёночные, почечные);
- в) - заболевания кожи: аллергический дерматит, псориаз, угревая сыпь;
- г) - бронхиальная астма, аллергический ринит, аллергический синусит;
- д) - ожирение;

3. Я информирован о возможных реакциях при проведении гидроколоноterapia:

- а) - Индивидуальная непереносимость процедуры.**
- б) - Кратковременное повышение газообразования кишечника.**

4. Я получил информацию, о необходимом количестве процедур, для достижения положительного результата. **Рекомендуемое количество процедур: 3 – 5.**

5. Я предупреждён(а) о возможных осложнениях и неблагоприятном воздействии на здоровье неоконченного курса лечения в случае досрочного отъезда или самовольного отказа от процедур.

6. Мне разъяснено право на отказ от указанного вида медицинского вмешательства и его прекращение.

7. Я даю своё согласие на проведение моему ребёнку гидроколоноterapia.

Я, _____
(ФИО законного представителя)

разрешаю провести моему ребёнку гидроколоноterapia

_____, возраст _____ лет
(ФИО ребёнка)

Лечение оплатил. Деньги сданы кассиру в сумме _____ руб.

(_____)

Дата _____

Подпись _____

Список продуктов и напитков,
запрещённых для передачи детям, находящимся на лечении
в ФГБУ ДС «Белокуриха» им. В.В. Петраковой Минздрава России

На основании СанПиН 2.3/2.4.3590-20 от 27.11.2020г. (приложение № 6) «Санитарно - эпидемиологические требования к организации общественного питания населения»

1. Пищевая продукция без маркировки и (или) с истекшими сроками годности и (или) признаками недоброкачества.
2. Пищевая продукция, не соответствующая требованиям технических регламентов Таможенного союза.
3. Пищевая продукция домашнего (не промышленного) изготовления и продукция общественного питания.
4. **Мясные продукты:** мясо и птица – отварные, жареные, тушёные, сушёные, копчёные, вяленые; пельмени, манты, пироги и блинчики с мясом; сэндвичи, самса, гамбургеры; заливные, студни и холодцы; паштеты из печени и мяса, шашлык.
5. **Колбасные изделия:** колбасы, сосиски, сардельки (варёные, копчёные, жареные).
6. **Рыба и морепродукты:** отварные, жареные, тушёные, сушёные, копчёные, сырые; суши и роллы; рыбные котлеты и рулеты; студни и заливные из рыбы.
7. Жареная во фритюре пищевая продукция (картофель фри, морепродукты, овощи).
8. **Молочные продукты:** молоко, сметана, сливки, творог; кисломолочные продукты собственного изготовления; йогурты в нестандартной упаковке; сырки.
9. **Салаты и винегреты** любого вида; маринованные овощи и фрукты; соусы; майонез; кетчуп; пряности (горчица, хрен, перец); овощи варёные и сырые, уксус.
10. **Грибы** (варёные, жареные, маринованные, солёные) и блюда с их добавлением.
11. **Консервы** мясные, рыбные, овощные; консервированные каши; фрикадельки.
12. **Яйца** (куриные, перепелиные) и блюда с их использованием (омлет, глазунья).
13. **Кондитерские изделия:** торты, пирожные, рулеты с масляным и сливочным кремом, желе, муссы, взбитые сливки, сгущенное молоко, сгущенное какао, карамель, в том числе леденцовая.
14. **Кулинарные изделия:** ватрушки, сочни, беляши, чебуреки, кулебяки, расстегаи, пицца с начинкой из мяса, птицы, рыбы, ливера, яиц, творога.
15. **Напитки:** газированные на основе ароматизаторов и красителей (пепси-кола, кока-кола, спрайт); тонизирующие напитки (в том числе энергетические), питьевая газированная вода; морсы и квас собственного приготовления; кофе, чай.
16. **Фрукты:** экзотические; фрукты плохо поддающиеся обработке (персики, абрикосы); ягода (малина, вишня, земляника, клубника); виноград.
17. **Продукты быстрого приготовления** (содержащие искусственные красители, стабилизаторы и консерванты): супы, каши, лапша; картофельные и кукурузные чипсы; солёные сухарики, снеки.
18. **Орехи, семечки, сухофрукты, ягода сушёная, ягода замороженная, ядро абрикосовой косточки, восточные сладости** (в любом виде).
19. **Арбузы, дыни.**
20. **Мороженое порционное и торты из мороженого.**
21. **Жевательная резинка.**

Я ознакомился(-ась) со списком продуктов и напитков, запрещённых для передачи детям, находящимся на лечении в санатории.

Дата _____

Подпись _____

ПРОЧТИТЕ И ЗАПОМНИТЕ!

Мне разъяснены последствия наличия у моего ребёнка запрещённых к передаче продуктов, напитков, предметов, веществ. При обнаружении у детей запрещённых скоропортящихся продуктов они уничтожаются. Запрещённые продукты длительного хранения возвращаются законным представителям при выписке, если их хранение возможно в условиях санатория.

Об ответственности за нарушение данных ограничений предупреждён(а).

Я ознакомлен(а) с возможностью посещения ребёнка согласно режиму пребывания в санатории в установленное время и установленные дни.

Я предупреждён(а), что в случае ухудшения эпидемиологической обстановки в регионах, свидания с детьми будут отменены, приём передач осуществляться не будет.

Я информирован(а) о том, что прогулки детей с родителями и самостоятельно за пределами территории санатория **Запрещены!**

Прогулки и игры на территории санатория проводятся только с воспитателем в хорошую погоду, при наличии у детей одежды и обуви соответствующей сезону!

Законный представитель _____ / _____
подпись расшифровка подписи (Фамилия, инициалы)

Дата «__» _____ 20__ г.