

**Информированное добровольное согласие на виды 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**

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 Муниципального автономного учреждения «Муниципальный центр «Надежда» (МАУ «МЦ «Надежда») 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 детский оздоровительный лагерь, в течение смены через каждые семь дней.
2. Проведение взвешивания ребенка, спирометрию и измерение мышечной силы кистевым динамометром в начале и в конце смены, измерение роста ребенка.
3. Ежедневный амбулаторный прием, анамнез.
4. Информирование сотрудников (начальника лагеря, воспитателей, инструкторов по физической культуре) о состоянии здоровья ребенка.
5. Коррекцию режима и нагрузок для ребенка с отклонениями в состоянии здоровья.
6. Систематический контроль за состоянием здоровья ребенка.
7. Систематический контроль за соблюдением правил личной гигиены ребенком, сроками проведения банных дней.
8. Осмотр ребенка на педикулез, чесотку, микроспорию.
9. Осмотр, в том числе пальпацию, перкуссию, аускультацию, риноскопию, фарингоскопию, непрямую ларингоскопию.
10. Антропометрические исследования.
11. Термометрию.
12. Тонометрию.
13. Своевременную изоляцию и организацию лечения и ухода за ребенком согласно стандартам оказания медицинской помощи и клиническим протоколам лечения, действующим на территории РФ

14. Госпитализацию детей по медицинским показаниям в лечебные учреждения, находящиеся за пределами детского оздоровительного лагеря МАУ «МЦ «Надежда» (Не инвазивные исследования органов зрения и зрительных функций. Не инвазивные исследования органа слуха и слуховых функций. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы). Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование кардиограммы, стиреография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, реоэнцефалография, электроэнцефалография. Рентгенологические методы исследования, в том числе флюорография (для лиц, старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования, магнитно-резонансная томография, компьютерная томография. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрисуставно. Анестезиологическое пособие. Пункцию суставов и внутрисуставное введение лекарственных средств. Закрытую репозицию при переломах. Промывание желудка. Очистительная и лечебная клизма. Обработка ран и наложения повязок, швов. Хирургическое лечение гнойно-некротических процессов. Оказание гинекологической и урологической помощи. Оказание наркологической и психиатрической помощи, включая стационарную, в учреждениях здравоохранения, имеющих лицензию на оказание медицинской помощи по данным видам деятельности)

Я также даю **согласие на обработку необходимых персональных данных** в объеме и способами, указанными в п. 1.3 ст.11 Федерального закона № 152-ФЗ «О персональных данных».

Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие субъекта персональных данных: фамилия, имя, отчество, дата и место рождения, адрес, контактный телефон, реквизиты, полис ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, другая информация.

Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие: сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передача) в порядке, установленном законодательством РФ, обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных, иные действия.

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 также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты.

Настоящее согласие дано мной «\_\_» \_\_\_\_ 20\_\_ г. и действует на время пребывания моего ребенка в детском оздоровительном лагере МАУ «МЦ «Надежда».

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес МАУ «МЦ «Надежда» по почте заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручен лично под расписку представителю \_\_\_\_\_ МАУ «МЦ «Надежда».

При заболевании и госпитализации моего ребенка в лечебные учреждения за пределы детского оздоровительного лагеря МАУ «МЦ «Надежда» прошу вас проинформировать меня по следующим контактным

данным: \_\_\_\_\_

(номер телефона, адрес электронной почты)

В случае моего отсутствия уполномочиваю присутствовать при оказании первичной медико-санитарной помощи моему ребенку, лицу, чьим законным представителем я являюсь (ненужное зачеркнуть): медицинских работников Муниципального автономного учреждения «Муниципальный центр «Надежда» \_\_\_\_\_ (МАУ \_\_\_\_\_ «МЦ \_\_\_\_\_ «Надежда»

Сведения о выбранных мною лицах, 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 здоровья моего ребенка или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

Прочим лицам информацию о состоянии здоровья ребенка не предоставлять.

Законный представитель: \_\_\_\_\_

(подпись)

(ФИО)

Дата «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2026 г.

## СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, \_\_\_\_\_

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. «О персональных данных» № 152-ФЗ даю согласие на обработку персональных данных, а также на осуществление фото и видеосъемки, распространение видеозаписи и изображения в отношении моего несовершеннолетнего ребенка.

Наименование и адрес организации, получающей согласие субъекта персональных данных:  
Муниципальное автономное учреждение «Муниципальный центр «Надежда»

Юридический адрес: 603022 г. Нижний Новгород, пр. Гагарина, 21/10.

Цель обработки персональных данных: оказание услуг по организации отдыха и оздоровления детей и осуществление связанных с этим мероприятий.

Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие субъекта персональных данных:

1. данные заявителя: фамилия, имя, отчество, год, месяц, дата и место рождения, адрес, контактный телефон, паспортные данные.

2. данные несовершеннолетнего ребенка заявителя: фамилия, имя, отчество, год, месяц, дата и место рождения, данные свидетельства о рождении или паспортные данные, адрес, фото-материалы и видео-материалы, изображение.

Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие: сбор, систематизация, накопление, хранение, использование, распространение (в том числе передача) в порядке, установленном законодательством РФ, обезличивание, уничтожение персональных данных), фото и видеосъемка, размещение фото и видео-материалов, изображения на официальном сайте организации [www.mcnnov.com](http://www.mcnnov.com), социальных сетях, в отчетных материалах, предоставляемых в вышестоящие организации, в рекламных фото или видео-материалах, в информационных листах и буклетах, в иных рекламных материалах (постеры, статьи, каталоги, календари и т.д.), в средствах массовой информации, печатных изданиях.

Срок, в течение которого действует согласие: настоящее согласие действует со дня его подписания до дня отзыва в письменной форме.

Порядок отзыва согласия: отзыв согласия осуществляется путем подачи субъектом персональных данных соответствующего письменного заявления оператору, получившему согласие.

Дата «\_\_» \_\_\_\_\_ 2026 г. Подпись \_\_\_\_\_