

Заявление о согласии на обработку персональных данных

Я, _____, дата рождения ____ « _____ »
(полностью Ф.И.О.)
ФИО ребенка _____, дата рождения ____ « _____ »
(ФИО, дата рождения ребенка)
Адрес по месту регистрации _____

даю согласие уполномоченным лицам Филиала ГУП РК «Солнечная Таврика» «Санаторий «Дружба», зарегистрированному по адресу: 297406, Российская Федерация, Республика Крым, г Евпатория, ул. Маяковского 7, на обработку (любое действие (операцию) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение) следующих своих /моего ребенка/ персональных данных:

- | | |
|--|---|
| 1) Фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии); | 6) Данные документа, удостоверяющего личность (серия и номер, кем и когда выдан); |
| 2) Пол; | 7) Адрес по месту регистрации, дата регистрации; |
| 3) Дата рождения; | 8) Адрес фактического проживания; |
| 4) Место рождения; | 9) Контактный телефон, e-mail |
| 5) Гражданство; | |

Вышеуказанные персональные данные предоставляю для обработки в целях обеспечения организации пребывания и/или оказания санаторно-курортного лечения в Санатории.

Я ознакомлен (а), что:

1. Согласие на обработку персональных данных действует с момента подписания настоящего заявления в течение всего срока пребывания в санатории. После выписки из санатория персональные данные обрабатываются и хранятся в Филиале ГУП РК «Солнечная Таврика» «Санаторий «Дружба» в течение срока хранения документов, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации;
2. Персональные данные, предоставляемые третьим лицам, будут обрабатываться только в целях осуществления и выполнения, возложенных законодательством Российской Федерации на Филиал ГУП РК «Солнечная Таврика» «Санаторий «Дружба» функций, полномочий и обязанностей.
3. В случае отзыва согласия на обработку персональных данных, Филиал ГУП РК «Солнечная Таврика» «Санаторий «Дружба» вправе продолжить обработку персональных данных без согласия при наличии оснований, указанных в пунктах 2-11 части 1 статьи 6, части 2 статьи 10 и части 2 статьи 11 Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных".

4. Согласие на обработку персональных данных может быть отозвано на основании письменного заявления в произвольной форме.

Подтверждаю, что ознакомлен (а) с положениями Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных», права и обязанности в области защиты персональных данных мне разъяснены.

(даю/не даю) своё согласие на участие в интервью, фото- и видеосъёмке, на редактирование и использование фото-видеозаписей в некоммерческих целях, а также в рекламе ФГУП РК "Солнечная Таврика" "Санаторий "Дружба", включая печатную продукцию, размещение в сети Интернет и других средствах массовой информации.

№ телефона _____

« _____ » 202 ____ г. _____ Подпись _____ Ф.И.О.

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. № 317ФЗ 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: Медицинский осмотр при заезде ребенка в ДОЛ «Дружба», в течение смены через каждые семь дней. Проведение взвешивания ребенка, спирометрию, измерение мышечной силы кистевым динамометром в начале и в конце смены, измерение роста ребенка. Информирование сотрудников (начальника лагеря, воспитателей, инструкторов по физической культуре) о состоянии здоровья ребенка. Коррекцию режима и нагрузок для ребенка с отклонениями в состоянии здоровья. Систематический контроль за состоянием здоровья ребенка. Систематический контроль за соблюдением правил личной гигиены ребенком, сроками проведения банных дней. Своевременную изоляцию и/или госпитализацию, организацию лечения и ухода за ребенком согласно стандартам оказания медицинской помощи и клиническим протоколам лечения, действующим на территории РФ. Осмотр ребенка на педикулез, чесотку, микроспорию. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза. Осмотр, в том числе пальпацию, перкуссию, аускультацию, риноскопию, фарингоскопию, непрямую ларингоскопию. Антропометрические исследования. Термометрию. Тонометрию. 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, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, реоэнцефалография, электроэнцефалография. Рентгенологические методы исследования, в том числе рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования, магнитно-резонансная томография, компьютерная томография. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно. Промывание желудка. Очистительная и лечебная клизма. Оказание неотложной медицинской помощи по показаниям, оказание стоматологической помощи в случае острой боли. Госпитализацию детей по медицинским показаниям в лечебные учреждения, находящиеся за пределами ДОЛ «Дружба». 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 действует на время пребывания моего ребенка в ДОЛ «Дружба». Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес филиала ГУП РК «Солнечная Таврика» «Санаторий «Дружба» по почте заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручен лично под расписку официальному представителю предприятия.

В случае необходимости проведения медицинских мероприятий, не включенных в данный перечень, я информирован, что медицинские работники будут оказывать медицинскую помощь в соответствии с действующим законодательством в сфере здравоохранения.

Информацию о состоянии здоровья моего ребенка/подопечного прошу предоставлять

мне по телефону _____

Законный представитель (ФИО):

(подпись)

(ФИО)

Дата «_____» _____ 201__ г.