Выписка из истории развития ребенка, занимающегося в группе начальной подготовки Спортивного Клуба по художественной гимнастике династии Назмутдиновых «ЛИЛИЯ»

Ф.И.О., дата рождения_____

Адрес фактического М/Ж_____

Данные полиса ОМС_____

Наследственный анамнез (спокоен/отягощен)_____

Аллергологический анамнез (спокоен/отягощен)_____

Хронические заболевания (нет/есть)_____

_____

Травмы, операции, гемотрансфузии (нет/есть, дата)_____

_____

Данные врачебных осмотров за последний год (дата, заключение):

Педиатр:_____

Ортопед-травматолог:_____

Хирург:_____

Невролог:_____

Оториноларинголог:_____

Офтальмолог:_____

Кардиолог:_____

Акушер-гинеколог (девочки)_____

Врачи других специальностей:_____

_____

_____

Данные обследования за последние 6 месяцев (дата, заключение):

ОАК (_____) Эр.____ Нв____L_____Э____Нп___Нс_____Л_____М_____СОЭ_____

ОАМ(_____) _____

ЭКГ (_____)_____

_____

Примечания:_____

_____

_____

Врач: _____/_____

Дата «_____» _____20_____г.

М.П.

Приложение №3

Добровольное информированное согласие законного представителя пациента на медицинское вмешательство

Настоящее добровольное информированное согласие на медицинское вмешательство составлено в соответствии со ***ст. 20 ФЗ №323 от 21.11.2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в РФ».***

Мне _____, законному представителю
(Ф.И.О. законного представителя несовершеннолетнего пациента)

_____ ,

дата рождения (ребенка) __ .__.____ г,_____
(Ф.И. ребенка)

разъяснены состояние здоровья моего ребенка и характер необходимых диагностических мероприятий.

1.Настоящим я доверяю выполнить МАУ ДГП №13 следующие названные медицинские вмешательства:

1. обследование на Аппаратно-программном комплексе;
2. скрининг сердца компьютеризированный;
3. спирометрия;
4. экспресс-анализ для определения уровня глюкозы в капиллярной крови;
5. осмотр полости рта гигиенистом стоматологическим;
6. осмотр педиатра;
7. осмотр врачей-специалистов (врач по спортивной медицине и ЛФК, невролог, хирург, офтальмолог, эндокринолог, психиатр, стоматолог, уролог-андролог, кардиолог, оториноларинголог, ортопед-травматолог, акушер-гинеколог (девочкам) и другие специалисты согласно медицинским показаниям);
8. ЭКГ (по показаниям с нагрузочными пробами);
9. анализы крови и мочи;
10. ультразвуковая диагностика.

2.Содержание указанных медицинских действий, связанный с ними возможный риск, вероятные осложнения, ожидаемый дискомфорт и последствия, а также альтернативы предлагаемому обследованию мне известны. Я имел(а) возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получил(а) исчерпывающие ответы, понял(а) всю предоставленную информацию, в том числе о преимуществе данного метода диагностики (лечения) и его недостатках.

3. Я подтверждаю, что сообщил(а) медицинскому работнику всю связанную со здоровьем моего ребенка, физическим и психическим состоянием, информацию, которая необходима для постановки диагноза и проведения лечения.

4.Я понимаю, что в ходе выполнения указанных выше медицинских действий могут возникнуть неожиданные обстоятельства, меняющие согласованный характер действий или требующие дополнительных исследований, манипуляций или процедур, не указанных в п.1 настоящего «Добровольного согласия». Я доверяю медицинскому работнику принять нужное решение в соответствии с его профессиональным суждением и выполнить медицинские действия, которые медицинский работник сочтет необходимыми для улучшения моего состояния.

5.Я признаю, что нет 100% гарантий, что выполнение указанных медицинских действий даст результаты, которые от них ожидаются.

6.Я подтверждаю своей подписью, что прочитал(а) и понял(а) все написанное, и что до моей подписи оставленные пространства не были заполнены.

Подпись пациента (Ф.И.О.)	Медицинского работника (Ф.И.О.)
_____ /_____	_____ /_____

Дата _____ 201___г.

Приложение №4

Главному врачу МАУ «ДГП № 13»
Аверьяновой СС
620100, г. Екатеринбург, ул.Ткачей,16-а

ЗАЯВЛЕНИЕ

о согласии на обработку персональных данных **несовершеннолетнего пациента**

Я,_____
,
(фамилия, имя, отчество)

законный представитель несовершеннолетнего пациента –
_____, дата
рождения____._____._____ г.
(фамилия, имя, отчество)

адрес места жительства
_____
(указывается почтовый адрес места жительства)

Данные законного представителя

Дата рождения		Место рождения	
Наименование документа, удостоверяющего личность			
Серия		№ документа	
Дата выдачи		Кем выдан	

в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона № 152-ФЗ от 27.07.2006 года «О персональных данных», подтверждаю свое согласие на обработку МАУ «ДГП №13» персональных данных несовершеннолетнего пациента
_____, законным представителем которого я являюсь, включающих:

1. фамилию, имя, отчество;	4. адрес проживания	7. данные о состоянии здоровья
2. пол;	5. контактный телефон	8. реквизиты полиса ОМС и ДМС
3. дату рождения;	6. заболевания	9. случаях обращения за медицинской помощью

в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять медицинскую тайну.

В процессе оказания МАУ «ДГП №13» моему несовершеннолетнему ребенку медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать персональные данные моего ребенка, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам МАУ «ДГП №13», в интересах обследования и лечения моего ребенка.

Предоставляю право МАУ «ДГП №13» осуществлять все действия (операции) с персональными данными моего ребенка, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование.

Срок действия согласия считать с даты подписания данного заявления до окончания наблюдения в МАУ «ДГП №13».

Отзыв настоящего согласия осуществляется на основании моего письменного заявления, поданного в МАУ «ДГП №13», в случаях предусмотренных Федеральным законом от 27.07.2006г. № 152-ФЗ.

«___»_____20___г._____
(подпись)

Данные, указанные в заявлении, соответствуют предоставленным документам	Ф.И.О. специалиста
Дата приема заявления	Ф.И.О., подпись специалиста