

АНКЕТА

Уважаемый пациент (законный представитель пациента)!

В целях принятия мер по профилактике и снижению рисков распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19 и обеспечения безопасности всех пациентов Клиники, во исполнение требований действующего законодательства, в частности, требований Временного порядка организации работы медицинских организаций в целях реализации мер по профилактике и снижению рисков распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19, утв. Приказом Министерства здравоохранения РФ от 19 марта 2020 г. № 198н, принимая во внимание необходимость обеспечения безопасности и эффективности проведения лечебных мероприятий, просим Вас ответить на вопросы анкеты.

Сообщенные Вами данные составляют врачебную тайну. С учётом информации, представленной в анкете, врачом при сборе анамнеза Вам могут быть заданы дополнительные вопросы.

Я, _____ г.р., сообщаю следующую информацию
фамилия, имя, отчество полностью

Вопросы	ДА	НЕТ
1. Были ли Вы в течение последних 14 дней в странах, в которых зарегистрированы случаи новой коронавирусной инфекции COVID-19?		
2. Контактствовали ли Вы с вернувшимися с территории, где зарегистрированы случаи новой коронавирусной инфекции COVID-19?		
3. Известно ли Вам, есть ли у вернувшихся лиц, с которыми вы контактировали, признаки ОРВИ или COVID-19? (в случае положительного ответа на вопрос № 2 Анкеты)		
4. Вы работаете в больнице/доме престарелых или медицинском учреждении?		
5. Вы были в контакте с кем-то, кто инфицирован SARS-Cov-2? ** Если да, когда именно?		
6. Вам ранее был поставлен диагноз COVID-19? Если да, когда именно?		
7. Живете ли вы в семье с кем-то, у кого был поставлен диагноз COVID-19 или были обнаружены симптомы COVID-19?		
8. Если вы получили положительный результат на SARS-Cov-2, есть ли у вас медицинское заключение/спрака о выздоровлении?		
9. Имелись ли у Вас признаки ОРВИ в последние 14 дней или имеются сейчас: <ul style="list-style-type: none"> • повышение температуры • «ломота» в мышцах • резь в глазах, слезотечение • сухой кашель, першение в горле • потеря обоняния и/или вкуса? 		
10. Вы были в контакте с кем-то, у кого были какие-либо из вышеперечисленных симптомов? Если да, то когда?		
11. Имеются ли у Вас заболевания почек, печени, легких, эндокринные заболевания (диабет), сердечно-сосудистые заболевания (гипертония), иммунологические нарушения, СПИД? Если да, то какие?		

**SARS-Cov-2 – это вирус (коронавирус), который вызывает заболевание COVID-19

Дата _____

Подпись _____

Согласие законного представителя на обработку персональных данных несовершеннолетнего

Я, нижеподписавшийся _____,
ФИО

проживающий по адресу: _____

паспорт № _____, выдан _____

являюсь законным представителем несовершеннолетнего _____
ФИО

на основании ст. 64 п. 1. Семейного кодекса РФ,¹
в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.06 г. «О персональных данных»
№ 152-ФЗ подтверждаю свое согласие на обработку акционерному обществу «Санаторий «Дубовая роща»,
зарегистрированному по адресу: 460520, Оренбургская область, Оренбургский район, с. Нежинка,
ул. Янтарная, 1 (далее – Оператор), персональных данных моего несовершеннолетнего ребенка

_____ ,
включающих фамилию, имя, отчество, паспортные данные (серия, номер, кем, когда выдан, код подразделения), пол, дату рождения, адрес проживания, контактные телефоны, место работы (учебы); данные свидетельства о рождении; оценки успеваемости, рост, вес, объем груди, окружности головы, длину и объем конечностей, размер одежды, номер истории болезни или амбулаторной карточки; реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания Оператором медицинской помощи моему несовершеннолетнему ребенку я предоставляю право медицинским работникам передавать персональные данные моего несовершеннолетнего ребенка, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора в интересах обследования и лечения.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с персональными данными моего несовершеннолетнего ребенка, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС на обмен (прием и передачу) персональными данными с другими медицинскими учреждениями с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Срок хранения персональных данных моего несовершеннолетнего ребенка соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет для стационара, пять лет – для поликлиники.

Передача персональных данных моего несовершеннолетнего ребенка иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной « ____ » _____ 20 ____ г. и действует бессрочно.

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

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Подпись _____ « ____ » _____ 20 ____ г.

Информационное согласие на лечение ребенка в санатории «Дубовая роща»

Я, ФИО _____,

являюсь законным представителем (мать, отец, опекун, попечитель, сопровождающий) ФИО ребенка _____.

ознакомлен(а) с правами пациента, предусмотренными ст. 24, 30–34, 61 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан, ст. 24 и 41 Конституции РФ.

Информирован(а) о том, что лечение в санатории «Дубовая роща» проводится по утвержденным медицинским технологиям и методикам, разрешенным к применению Министерством здравоохранения РФ. До моего сведения доведено, что в курс лечения включены физиолечение, лечебная физкультура и массаж, диетотерапия, рациональный режим, занятия с психологом. Все проводимые процедуры контролируются врачом.

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

Я информирован(а) о том, что дети, нарушающие распорядок дня и правила поведения в санатории, создающие таким поведением угрозу здоровью или жизни себе и окружающим, подлежат досрочной выписке без компенсации за неиспользованную часть путевки.

Прогулки детей с родителями и самостоятельно за пределами территории санатория запрещены.

Основание: приказы от 18 августа 2010 года Министерства здравоохранения и социального развития РФ № 693н, Министерства внутренних дел Российской Федерации № 604, Федеральной службы безопасности Российской Федерации № 403 «Об утверждении инструкции по обеспечению антитеррористической защищенности санаторно-курортных учреждений», приказ министра здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 22 ноября 2004 г. № 256 «О порядке медицинского отбора и направления больных на санаторно-курортное лечение».

Подпись родителя (опекуна) _____

Расшифровка подписи _____

Дата « ____ » _____ 20 ____ г.

¹ Для родителей. Для усыновителей: ст. 64 п. 1, 137 п. 1 Семейного кодекса РФ, опекунов – ст. 15 п. 1 Федерального закона «Об опеке и попечительстве», попечителей – ст. 15 п. 3 Федерального закона «Об опеке и попечительстве»

Чек-лист поступления

Ф.И. ребенка _____ Возраст _____

Диагноз _____

Реабилитация первичная (повторная) *(нужное подчеркнуть)*

	Да	Частично	Нет
Результат от предыдущей реабилитации			
Нужна помощь в передвижении			
Нужна помощь в перемещении			
Нужна помощь в положении сидя			
Нужна помощь в переодевании			
Нужна помощь при посещении туалета			
Нужна помощь в приеме гигиенических процедур			
Нужна помощь в приеме пищи			
Понимает обращенную речь			
Разговаривает, общается (речь, мимика, жесты)			
Быстро находит контакт со сверстниками			
Быстро находит контакт со взрослыми, медперсоналом			

Что вы хотите достигнуть за 2 недели реабилитации (писать в порядке важности):

1

2

3

Дата _____

Подпись _____