Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Новокузнецкий детский клинический психоневрологический санаторий»
ГБУЗ НДКПНС

УТВЕРЖДАЮ:
Главный врач ГБУЗ НДКПНС
_____ Т.Н. Панченко

«04» марта 2021 г.

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ "НОВОКУЗНЕЦКИЙ ДЕТСКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ САНАТОРИЙ"

Подписано цифровой подписью: ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ "НОВОКУЗНЕЦКИЙ ДЕТСКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ САНАТОРИЙ"
Дата: 2022.06.17 09:33:02 +07'00'

ПОЛОЖЕНИЕ
04.03.2021 № 62-Н

Об учреждении

1. Общие положения

1.1. Настоящее Положение разработано в соответствии с:
- Федеральным законом от 22 ноября 2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
- Законом Российской Федерации от 07.02.92 № 2300-1 «О защите прав потребителей»;
- Постановлением Правительства Российской Федерации от 04.10.2012 № 1006 «Об утверждении правил предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями»;
- в соответствии с Уставом ГБУЗ НДКПНС.

1.2. Положение регламентирует общие принципы организации, цели, предмет и виды деятельности ГБУЗ НДКПНС.

1.3. Учреждение имеет полное наименование: Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Новокузнецкий детский клинический психоневрологический санаторий».

1.4. Учреждение является отдельным юридическим лицом, находящимся в ведомственном подчинении Министерства здравоохранения Кузбасса.

1.5. Учреждение состоит из трёх отделений (отделение №1, №2, №3) находящихся в отдельно стоящих зданиях. В соответствии с Уставом Учреждения, отделения не являются отдельными юридическими лицами. Отделения наделяются имуществом и действуют на основании утверждённого Учреждением положения.

1.6. Месторасположение отделений ГБУЗ НДКПНС:

- отделение №1 расположено по адресу: Кемеровская область, г. Новокузнецк, ул. Циолковского, д. 36А;
- отделение №2 расположено по адресу: Кемеровская область, г. Новокузнецк, ул. Бугарева, д. 28А;
- отделение №3 расположено по адресу: Кемеровская область, г. Новокузнецк, ул. 40 лет ВЛКСМ, д. 78Б;

1.7. Коечная мощность Учреждения составляет 220 койко-мест (отделение № 1 – 70 коек; отделение № 2 – 60 коек; отделение № 3 – 90 коек).

Организуются группы по возрастному принципу для детей раннего возраста (с 2 до 4 лет), дошкольного возраста (с 4 до 7 лет), школьного возраста (с 7 до 14 лет).

Для оказания санаторно-курортной помощи детям в возрасте от 1 года при наличии медицинских показаний в Учреждении созданы палаты «Мать и дитя» (отделение № 1 – 2 койко-места; отделение № 3 – 1 койко-место).

1.8. Общее руководство учреждением, контроль за работой персонала, осуществляет главный врач ГБУЗ НДКПНС, назначенный на должность приказом Учредителя.
1.9. В учреждении образовано 3 структурных подразделения (отделения). Руководителем структурного подразделения является заведующий отделением. Непосредственно главному врачу подчиняются сотрудники-руководители, а также заведующие отделениями (Приложение № 1).
10. Учреждение осуществляет свою деятельность в рамках имеющихся лицензий:
- на осуществление медицинской деятельности;
- на осуществление образовательной деятельности.
1.11. Финансовое обеспечение деятельности Учреждения осуществляется за счет средств соответствующего бюджета бюджетной системы Российской Федерации в виде субсидий и на основании сформированного и утвержденного Учредителем государственного задания для Учреждения.

Договоры Учреждения о поставке товаров, выполнении работ, оказании услуг, заключаемые в целях исполнения им государственного задания, подлежат оплате за счет субсидий соответствующего бюджета бюджетной системы Российской Федерации.

Иные договоры подлежат оплате за счет собственных средств Учреждения.
1.12. Учреждение ведёт необходимую учётно-отчётную документацию, предоставляет её руководителю учреждения и проверяющим организациям.
1.13. Для нормального функционирования учреждения в ГБУЗ НДКПНС разработаны и утверждены все необходимые положения.
1.14. В соответствии с требованиями действующего законодательства РФ, в ГБУЗ НДКПНС разработаны и утверждены необходимые для соблюдения прав пациентов Учреждения информированные добровольные согласия (приложение № 2-7).

2. Цели и задачи

2.1. В своей деятельности учреждение руководствуется действующим законодательством Российской Федерации, нормативно-правовыми актами: Министерство здравоохранения Российской Федерации, Министерства здравоохранения Кузбасса, региональных органов Росздравнадзора и Роспотребнадзора, Программой государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью, санитарными правилами и настоящим Положением.
2.2. Учреждение создано в целях:
- обеспечения гарантированного Конституцией РФ права граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь, удовлетворения общественной потребности в медицинском обслуживании;
- оказания консультативной и организационно-методической помощи медицинским организациям и отдельным специалистам.
2.3. Учреждение является площадкой по оказанию медицинской помощи детям, находящихся на лечении, проводимой специалистами кафедры неврологии, мануальной терапии и рефлексотерапии Филиала Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения дополнительного профессионального образования «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Министерства здравоохранения Российской Федерации Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей (НГИУВ- филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России).
2.4. Санаторно-курортное лечение осуществляется при взаимодействии:
- врачей-специалистов (педиатр, невролог, психиатр детский, физиотерапевт, стоматолог детский, врач ЛФК, врач по медицинской реабилитации, врач мануальной терапии, рефлексотерапевт, психотерапевт, врач функциональной диагностики);
- среднего медицинского персонала;

- специалистов с высшим немедицинским образованием (медицинские психологи);
- педагогических работников (воспитатели, логопеды);
- иные специалисты.

2.5. При оказании медицинской помощи пациентам, основными задачами являются:
- проведение высококвалифицированного лечебного процесса пациентам с заболеваниями нервной системы и психическими расстройствами;
- восстановление нарушенных функций организма;
- освоение и приобретение необходимых новых навыков пациентами;
- поддержание физической активности пациентов;
- адаптация пациентов к бытовым и физическим нагрузкам;
- восстановление здоровья.

2.6 Лечение в санатории осуществляется при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний для санаторно-курортного лечения.

2.7. Приём на санаторно-курортное лечение осуществляется на основании следующих документов:

1. Путёвки, выданной лечебно-профилактическим учреждением в соответствии с действующим порядком медицинского отбора детей на санаторно-курортное лечение;
2. Санаторно - курортной карты для детей по форме № 076/у;
3. Свидетельства о рождении ребёнка;
4. Документа, удостоверяющего личность законного представителя ребёнка (родителей, опекунов, приёмных родителей);
5. Полиса обязательного медицинского страхования;
6. Клинических анализов: общий анализ крови, общий анализ мочи, кал на я/глист, соскоб на энтеробиоз;
- 7.Справки врача-педиатра или врача-эпидемиолога об отсутствии контакта с больными инфекционными заболеваниями на дому и в детском учреждении, которое посещает ребёнок.

3. Направления и виды деятельности

3.1. Основными направлениями деятельности Учреждения являются:

а) оказание санаторно-курортной помощи детям;

б) освоение и внедрение в клиническую практику современных методов лечения, абилитации и реабилитации, основанных на научно- технических достижениях;

в) разработка и внедрение мероприятий, направленных на повышение качества лечебной и диагностической работы;

г) консультации персонала ЛПУ по вопросам оказания помощи пациентам;

д) проведение работы с родителями по предупреждению и коррекции развития неврологических заболеваний;

е) ведение учётной и отчётной документации, предоставление отчётов о деятельности отделения в установленном порядке, сбор данных для регистров, ведение которых предусмотрено законодательством;

ж) соблюдение санитарно-эпидемиологического режима, техники безопасности, пожарной безопасности;

3.2. Предметом деятельности Учреждения является оказание санаторной помощи детям, а также медицинской реабилитации (в соответствии с уставом учреждения).

3.3. Учреждение, включая обособленные подразделения, осуществляет на территории, определенной приказом Учредителя, следующие виды деятельности:

1) медицинская деятельность - работы и услуги по оказанию соответствующей медицинской помощи в соответствии с Номенклатурой, утвержденной федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке

государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения;
2) медико-социальная деятельность.
3.4.Учреждение осуществляет, следующие виды деятельности, не являющиеся основными видами деятельности Учреждения;
-оказание консультативных медицинских и образовательных услуг в соответствии с профилями деятельности Учреждения;
- осуществление образовательной деятельности в соответствии с профилем деятельности Учреждения;
-проведение в Учреждении санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий;
-деятельность, связанная со сбором, хранением и утилизацией опасных отходов;
-деятельность по обработке персональных данных работников и пациентов Учреждения в порядке, установленном действующим законодательством.
3.5. Для решения поставленных задач, в рамках лицензии на осуществление медицинской деятельности, Учреждением при оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации сестринского дела, психиатрии. При оказании медицинской помощи, при санаторно-курортном лечении организуются и выполняются работы (услуги) по: лечебной физкультуре, лечебной физкультуре и спортивной медицине, мануальной терапии, медицинской статистике, медицинской реабилитации, медицинскому массажу, неврологии, педиатрии, организации здравоохранения и общественному здоровью, психотерапии, рефлексотерапии, детской стоматологии, стоматологии общей практики, физиотерапии, функциональной диагностики, диетологии, сестринскому делу, сестринскому делу в педиатрии.
3.6. Для решения поставленных задач, в рамках лицензии на осуществление образовательной деятельности, Учреждением организуются и выполняются следующие работы (услуги): общее дошкольное образование.
3.7. Учреждение осуществляет следующие виды приносящей доход деятельности:

- оказание платных медицинских услуг на условиях, не предусмотренных Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, сверх видов и объемов государственного задания.

Доходы от указанных видов деятельности поступают в самостоятельное распоряжение Учреждения и учитываются на отдельном счету.

4. Права

4.1. Для осуществления своей деятельности, Учреждение имеет право:

– осуществлять внешнеэкономическую и иную деятельность в соответствии с целью и предметом, предусмотренными Уставом, в порядке, установленном законодательством Российской Федерации;

– открывать лицевой счет в отделениях Федерального казначейства в соответствии с действующим законодательством;

– планировать свою деятельность и определять перспективы развития по согласованию с Учредителем, а также исходя из спроса потребителей на предоставляемые услуги;

– в установленном порядке определять систему оплаты труда, согласно действующему законодательству, и размер средств, направляемых на поощрение работников Учреждения и их производственное и социальное развитие;

– принимать и увольнять работников в соответствии с законодательством Российской Федерации;

– привлекать ведущих специалистов, формировать временные коллективы для выполнения работ по договорам и контрактам;

– проходить аккредитацию в установленном законодательством Российской Федерации порядке;

– совершать в рамках закона иные действия, соответствующие уставным целям.

5. Обязанности.

5.1. Учреждение обязано:

– участвовать в выполнении Территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на территории Кемеровской области;

– оказывать медицинскую помощь гражданам Российской Федерации, проживающим на территории Кемеровской области–Кузбасса, а также иным лицам в соответствии с действующим законодательством;

– проходить в установленном законодательством Российской Федерации порядке лицензирование;

– нести ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации за качество медицинской помощи; договорных, расчетных и иных обязательств;

– обеспечивать сохранность, эффективность и целевое использование имущества, закрепленного за Учреждением;

– соблюдать требования по охране труда, санитарно-гигиенические нормы и требования пожарной безопасности;

– осуществлять мероприятия по гражданской обороне и мобилизационной готовности;

– обеспечивать сохранение государственной тайны и защиту служебной информации;

– осуществлять меры по защите информации;

– обеспечивать открытость и доступность сведений, содержащихся в следующих документах:

– Устав Учреждения, в том числе изменения, внесенные в него;

– свидетельство о государственной регистрации Учреждения;

– распоряжение Правительства Кемеровской области–Кузбасса о создании Учреждения;

– план финансово–хозяйственной деятельности Учреждения, составляемый и утверждаемый в порядке, который устанавливается Учредителем, в соответствии с требованиями, определенными законодательством Российской Федерации;

– годовая бухгалтерская отчетность Учреждения;

– документы, составленные по итогам контрольных мероприятий, проведенных в отношении Учреждения;

– государственное задание на оказание услуг (выполнение работ);

– отчет о результатах деятельности Учреждения и об использовании закрепленного за ним государственного имущества, составляемый и утверждаемый в порядке, который устанавливается Учредителем, и в соответствии с общими требованиями, определенными законодательством Российской Федерации.

6. Контроль и ответственность

6.1. Общий контроль за качество и своевременность выполнения возложенных на Учреждение задач и функций осуществляет главный врач.

6.2. Ответственными за лечебный процесс в отделениях Учреждения являются заведующие отделением.

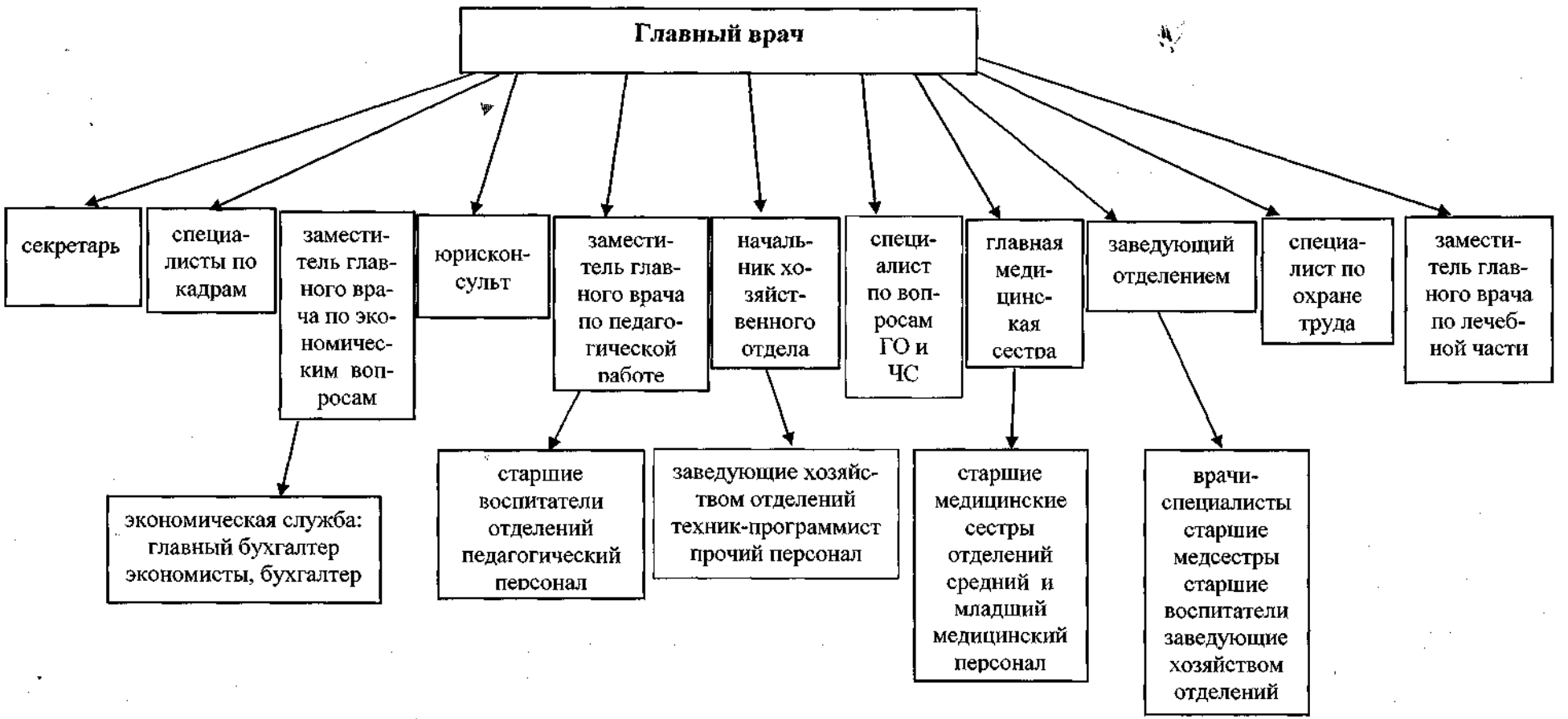
6.3. Ответственным за организацию бухгалтерского учёта в Учреждении, за соблюдение требований при выполнении финансово-хозяйственных операций является государственное казенное учреждение Кемеровской области «Централизованная бухгалтерия здравоохранения Кемеровской области» на основании заключенного между сторонами договора о ведении централизованного бюджетного (бухгалтерского) учета в соответствии с государственным заданием.

6.4. За искажение государственной отчётности должностные лица Учреждения персонально несут установленную действующим законодательством РФ дисциплинарную, административную и уголовную ответственность.

6.5. Контроль за деятельностью Учреждения осуществляется Учредителем и органами исполнительной власти в пределах их компетенции в установленном законодательством порядке.

Приложение № 1
к Положению «Об
учреждении»

СТРУКТУРА
административно-управленческого персонала



Приложение № 2
к Положению «Об
учреждении»

Информированное добровольное согласие на посещение бассейна

Я_____
(Ф.И.О. законного представителя)

являясь родителем (законным представителем)_____
(Ф.И.О. ребёнка, дата рождения)

_____

Даю (не даю) своё согласие на посещение моим ребёнком бассейна в Государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Новокузнецкий детский клинический психоневрологический санаторий» (ГБУЗ НДКПНС).
С правилами посещения бассейна, медицинскими требованиями ознакомлен(а).

Настоящее согласие дано мною лично «____»_____20____г.
Согласие действует на весь период пребывания моего ребёнка в ГБУЗ НДКПНС.
Я предупрежден(а) о том, что согласие может быть отозвано мной в любой момент.
Подпись родителя (законного представителя) _____/_____
(подпись) (ФИО)

Приложение № 3
к Положению «Об
учреждении»

Разрешение на использование фото- и видеосъемки

Я, _____
(ФИО)

_____
(паспортные данные серия, номер, кем и когда выдан)

_____,

являясь законным представителем несовершеннолетнего ребенка _____

_____
(ФИО, год рождения)

_____
(свидетельство о рождении серия, номер, кем и когда выдан)

представляю полное право Государственному бюджетному учреждению здравоохранения «Новокузнецкий детский клинический психоневрологический санаторий» (ГБУЗ НДКПНС)
- производить фото и видеосъемку моего несовершеннолетнего ребенка, при условии, что произведенные фото- и видеоматериалы не нанесут вред достоинству и репутации моего ребенка.
- использовать фотографии и видеосъемку моего ребенка, на которых он (она) изображен (а), полностью или фрагментарно в следующих целях: размещение на информационных стендах, использование на методических объединениях, семинарах или в других педагогических, учебных целях, не противоречащих действующему законодательству Российской Федерации, в том числе размещать на сайте ГБУЗ НДКПНС, а также на официальных страницах организации в социальных сетях.

Я информирован (а), что Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Новокузнецкий детский клинический психоневрологический санаторий» может проводить обработку фотографий и видеосъемки с изображением моего несовершеннолетнего ребенка автоматизированным способом обработки.

Данное согласие действует в течение срока хранения информации.

Данное согласие может быть отозвано в любой момент по моему письменному заявлению.

Я подтверждаю, что, давая такое согласие, я действую по собственной воле и в интересах своего ребенка.

_____/_____/ «___»_____20___г.
подпись инициалы, фамилия дата

Приложение № 4
к положению «Об
учреждении»

Информированное добровольное согласие родителя (законного представителя) на предоставление психолого-педагогической помощи

Я,_____
(Ф.И.О. законного представителя ребенка)

являясь родителем (законным представителем) _____
(ФИО, дата рождения ребенка)
_____

в соответствии с Федеральным законом РФ «Об образовании в Российской Федерации» №273-ФЗ, даю своё согласие на предоставление психолого-педагогической помощи моему ребенку в период пребывания в Государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Новокузнецкий детский клинический психоневрологический санаторий» (ГБУЗ НДКПНС) отделение № ___, с целью обеспечения эффективного психолого-педагогического сопровождения моего ребенка, обеспечения развития ребенка в соответствии с нормой развития согласно возраста.

Мне в доступной форме было разъяснено, что при необходимости такую помощь осуществляют педагоги-специалисты, психологи ГБУЗ НДКПНС по следующим направлениям деятельности: психологическая диагностика; наблюдение за ребенком в период адаптации; психолого-педагогическая консультирование родителей (законных представителей) и работников ГБУЗ НДКПНС; консультация логопеда, проведение логопедом занятий с ребенком с применением логопедических методик; коррекционно-развивающие и компенсирующие занятия с детьми в группах или индивидуально; комплекс реабилитационных мероприятий;

Родители (законные представители) имеют право:

- обратиться с психологу, педагогу ГБУЗ НДКПНС за консультацией;

-отказаться от психолого-педагогической помощи ребенку (или от отдельных направлений помощи), оформив письменное заявление на имя главного врача.

Настоящее согласие составлено в соответствии с законодательством РФ и предполагает персональную ответственность специалиста за соблюдение прав пациента и за сохранение медицинской тайны.

Я проинформирован(а) в полном объёме о процедуре и видах психолого-педагогической помощи, а также о том, что данное согласие может быть отозвано мною в любое время на основании моего письменного заявления до истечения срока его действия.

Настоящее согласие дано мною лично «____» _____20____г.
и действует на весь период пребывания в Государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Новокузнецкий детский клинический психоневрологический санаторий».

Подпись родителя (законного представителя) _____ /_____
(расшифровка подписи)

Специалист, проводивший разъяснение_____
(должность, Ф.И.О. специалиста)

Подпись специалиста_____

Приложение № 5
к положению «Об
учреждении»

Информированное добровольное согласие родителя (законного представителя) на предоставление психиатрической помощи

Я, _____
(Ф.И.О. законного представителя ребенка)

в соответствии с Законом РФ "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании» даю своё согласие на оказание психиатрической, психотерапевтической помощи (консультация, лечение, в том числе медикаментозное) моему ребенку: _____,
(Ф.И.О. ребёнка)

Мне в доступной для меня форме было разъяснено, что, вышеуказанная помощь моему ребёнку, а также фиксирование информации в медицинской документации, будет оказана врачами-специалистами ГБУЗ НДКПНС, а так же мне были разъяснены цели, методы лечения (включая альтернативные).

Я проинформирован(а) в полном объёме о процедуре и видах психиатрической, психотерапевтической помощи, о характере психического расстройства, о болевых ощущениях, возможных вариантах медицинского вмешательства, включая последствия, возможный риск, побочные эффекты, об ожидаемых результатах лечения, а также о том, что данное согласие может быть отозвано мною в любое время на основании моего письменного заявления до истечения срока его действия.

Также я проинформирован(а), что в случаях, предусмотренных Законом РФ от 02.07.92 № 3185-1 "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании", психиатрическая помощь может осуществляться без согласия законного представителя.

Данное согласие действует в течение срока хранения информации.

Данное согласие может быть отозвано в любой момент по моему письменному заявлению.

Я подтверждаю, что, давая такое согласие, я действую осознанно, по собственной воле, в рамках закона и в интересах своего несовершеннолетнего ребёнка.

Настоящее согласие дано мною лично: «____» _____202_г.

и действует на весь период пребывания моего ребёнка в ГБУЗ НДКПНС

Родитель (законный представитель) _____/_____
фамилия, инициалы подпись

Врач-специалист, проводивший разъяснения _____
_____/_____
должность, фамилия, имя. отчество подпись

Приложение № 6
к положению «Об
учреждении»

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство.

Я,_____
(Ф.И.О. гражданина)

"___" _____ _____г. рождения, паспорт серия _____ № _____, выдан _____
_____
(наименование органа, выдавшего паспорт, дата выдачи)

зарегистрирован по адресу:_____
(адрес места регистрации родителя, законного представителя, согласно паспорта)
_____

адрес проживания _____
_____
(адрес места проживания)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, для получения санаторно-курортного лечения ребенку_____
_____,
(Ф.И.О. ребенка, дата рождения)

законным представителем, которого я являюсь, в **Государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Новокузнецкий детский клинический психоневрологический санаторий» отделение №___** медицинским работником_____
(должность, Ф.И.О. медицинского работника)
_____

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи и санаторно-курортного лечения, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Медицинским работником мне разъяснены возможные варианты медицинского вмешательства, связанные с ним риски, возможность развития осложнений и побочных эффектов, а также все возможные последствия в развитии заболевания моего ребенка, в случае отказа от предлагаемого лечения.

Я имел (а) возможность задать интересующие меня вопросы, касающиеся планируемого медицинского обследования и лечения

Я поставил (а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем моего ребенка, в том числе об аллергических проявлениях, индивидуальной непереносимости пищевых и лекарственных препаратов, обо всех перенесенных и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, принимаемых лекарственных средствах.

Мной сообщены все известные мне сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

Для оказания медицинской помощи моему ребенку, законным представителем которого я являюсь, со мной была обговорена возможность проведения медицинских вмешательств и медицинских воздействий, а именно:

- опроса, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза (история развития заболевания, особенности жизни);
- осмотра, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация;
- антропометрических исследований (измерение роста, веса и т.д.);
- термометрии (измерение температуры);
- тонометрии (измерение давления);
- исследования функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы);
- функциональных методов обследования: электроэнцефалография;
- введения лекарственных препаратов по назначению врача (фармакотерапия), в том числе перорально (через рот), парентерально – внутримышечно, внутривенно, аппликационно (на кожу, раневую

поверхность, слизистые), ингаляционно (путем вдыхания), интраназально (через нос), трансконъюнктивально, субконъюнктивально, а также иные методы введений;
- физиотерапевтических методов воздействия; медицинского массажа; лечебной физкультуры; мануальной терапии; рефлексотерапии;
- стоматологического обследования и лечение (кариеса зубов и заболеваний слизистой оболочки полости рта).

Я проинформирован(а) о том, что:
- ГБУЗ НДКПНС является клиническим лечебным учреждением – в учреждении размещаются кафедры медицинских учебных и научных организаций; оказание медицинской помощи осуществляется параллельно с практической подготовкой обучающихся: медицинских ВУЗов, клинических интернов, клинических ординаторов, практических врачей и я согласен(а) на осмотр моего несовершеннолетнего ребенка, законным представителем которого я являюсь, другими медицинскими работниками и студентами медицинских вузов исключительно в медицинских обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны;
- в учреждении проводятся научные исследования, и я согласен с тем, что медицинская документация может быть использована в научных и учебных целях для постоянного улучшения качества оказания медицинской помощи;
- при возникновении острых заболеваний или обострения хронических заболеваний, требующих оказания специализированной медицинской помощи в период санаторно-курортного лечения, заведующая отделением обеспечивает направление в медицинскую организацию, оказывающую специализированную медицинскую помощь, в установленном порядке.

Подписывая данное согласие, я информирован(а) о вышеизложенном и подтверждаю, что:
- мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", а так же что я имею право отказаться от осмотра моего ребенка студентами медицинских вузов.
- мною сообщены все сведения об отсутствии (наличии) известных противопоказаний к пищевым продуктам, лекарственным препаратам, противопоказаний по диете, режиму, физической нагрузке и другим методам обследования и лечения, а также сообщены сведения о приеме моим ребенком лекарственных препаратов, назначенных другими врачами, а также были переданы все выписки из историй болезни имеющиеся у меня на руках.

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 ребенка законным представителем которого я являюсь, диагнозе, степени тяжести и характере его заболевания, результатах проведенного обследования, методах и объеме проводимого лечения и его результатах:

_____
(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

_____

_____/_____
(подпись родителя(законного представителя ребёнка) (расшифровка подписи)

_____/_____
(подпись) (Ф.И.О. специалиста ГБУЗ НДКПНС)

"___" _____20__г.
(дата оформления)