



Казенное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа - Югры
«Детский противотуберкулезный санаторий имени Е.М. Сагандуковой»

ПРИКАЗ

Дата 11.10.2016 г.

№ 113-0

г. Ханты-Мансийск

**«Об утверждении перечня документов необходимого для приёма детей в
КУ «Детский противотуберкулезный санаторий имени Е.М.
Сагандуковой»**

На основании раздела 4 приложения № 3 к приказу от 19 июля 1996 г. № 291 «О совершенствовании санаторно-курортной и реабилитационной помощи больным туберкулёзом» Министерства здравоохранения Российской Федерации, п. 11 приложения 23 к «Порядку оказания медицинской помощи больным туберкулёзом» утверждённого приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.11.2012 г. № 932 н, п. 3 приказа от 02.12.2014 № 1202 «Об организации санаторного лечения детей в казённом учреждении Ханты-Мансийского автономного округа-Югры «Детский противотуберкулёзный санаторий имени Е.М. Сагандуковой» Департамента здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа-Югры, п. 3 совместного приказа от 15.04.2016 г. № 587/397 Департамента образования и молодёжной политики Ханты-Мансийского автономного округа-Югры и Департамента здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа-Югры,

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить Перечень документов для приёма в казенное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Детский противотуберкулезный санаторий имени Е.М. Сагандуковой» (Перечень-далее) (Приложение № 1 к приказу).

2. Заведующему отделением-врачу фтизиатру (педиатру) Ревякиной Л.А. осуществлять прием детей в соответствии с утвержденным Перечнем.

3. Инженеру-программисту Круглову А.В. разместить Перечень на официальном сайте учреждения odpts.ru.

4. Секретарю руководителя, Мавлютовой Е.А. организовать ознакомление работников с приказом.

5. Контроль исполнения настоящего приказа оставляю за собой.

Главный врач

A handwritten signature in blue ink, consisting of several overlapping loops and a long horizontal stroke extending to the right.

А.А. Таберт

Перечень документов и предметов, необходимых для приёма в
КУ «Детский противотуберкулезный санаторий имени Е.М. Сагандуковой»

1. Путевка (форма 077/у-02).
2. Санаторно-курортная карта (форма 076/у).
3. Страховой полис обязательного медицинского страхования.
4. Копия свидетельства о рождении ребёнка.
5. Выписка из истории болезни или амбулаторной карты с данными клинико-лабораторного обследования (в том числе: общий анализ крови, общий анализ мочи, мазок из зева и носа на дифтерию, анализ кала на кишечную группу, анализ на энтеробиоз, анализ кала на яйца глистов) давностью не более 1 месяца и с указанием рекомендуемых сроков лечения.
6. Карта профилактических прививок (форма № 063/у).
7. Справка об отсутствии контакта с инфекционными больными по месту жительства.
8. Справка врача-дерматолога об отсутствии заразных заболеваний кожи.
9. Данные рентгенографии (по показаниям).
10. Добровольное информированное согласие (Приложение № 1 к Перечню).
11. Согласие на обработку персональных данных ребенка (подопечного) (Приложение № 2 к Перечню).
12. Школьные документы (педагогическая характеристика, табель с текущими оценками).
13. Заявление родителей (законных представителей) несовершеннолетнего обучающегося об организации обучения и воспитания обучающегося, находящимся на длительном лечении в медицинской организации (Приложение № 3 к Перечню).
14. Одежда, обувь по сезону, сменная одежда и обувь, предметы личной гигиены (мочалка, носовые платки, расчёска, зубная паста, зубная щётка и др.). У детей одежда должна быть промаркирована.

Добровольное информированное согласие

г. _____ « _____ » _____ 20__ г.

Я, _____ паспорт: _____
_____ выдан: _____, являюсь законным
представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель): _____
_____ (Ф.И.О. гражданина до 15 лет -
полностью, год рождения) *

Настоящим подтверждаю, что в соответствии со ст.22 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в соответствии с моим волеизъявлением, в понятной для меня форме, проинформирован(а) о предстоящем консультировании (включающем в себя медицинский осмотр, диагностическое обследование, организацию последующего лечения и реабилитации, в том числе оказание специализированной медицинской помощи), её целях и форме проведения.

Получив полные и всесторонние разъяснения, включая исчерпывающие ответы на поставленные мною вопросы, подтверждаю, что мне понятны используемые термины, суть предстоящей процедуры, добровольно в соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» даю свое согласие на проведение консультирования мне/лицу, законным представителем которого я являюсь.

Я информирован(а) о том, что в соответствии со ст. 13 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» информация о результатах консультирования составляет врачебную тайну, является конфиденциальной и не будет разглашена.

Также я информирован(а) о том, что в соответствии со ст. 27 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» я несу полную ответственность за сохранение своего здоровья/здоровья лица, законным представителем которого я являюсь.

Я удостоверяю, что текст моего добровольного информированного согласия на проведение консультирования мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют

Подпись гражданина (законного представителя) _____

Фамилия, имя, отчество

Настоящий документ оформлен мной

Должность специалиста, фамилия, имя, отчество, подпись

Приложение № 2 к Перечню

Согласие на обработку персональных данных ребенка (подопечного)

Я, _____
(ФИО родителя или законного представителя полностью)

проживающий(ая) по адресу: _____

паспорт серив _____ номер _____, выдан: _____

_____ (кем и когда выдан)

на основании _____
(реквизиты доверенности или иного документа, подтверждающего полномочия представителя)

являясь родителем (законным представителем) _____
(ФИО ребенка (подопечного) полностью)

проживающего по адресу:

паспорт (свидетельство о рождении) серия _____ номер _____, выдан:

_____ кем и когда выдан (при наличии)

даю согласие администрации казенного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа - Югры «Детский противотуберкулезный санаторий имени Е.М.Сагандуковой» на сбор, хранение, использование, распространение (передачу) и публикацию персональных данных моего ребенка (подопечного), а именно: фото и видео ребенка (подопечного), в том числе для составления фотоальбома при выписке ребенка (подопечного), а так же в случае публикации фото и видео ребенка (подопечного) в информационно-коммуникационной сети «Интернет» на официальном сайте учреждения КУ «Детский противотуберкулезный санаторий имени Е.М. Сагандуковой» по адресу: <http://odpts.ru/>;

Даю согласие администрации казенного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа - Югры «Детский противотуберкулезный санаторий имени Е.М.Сагандуковой» на сбор, хранение (сроки установлены соответствующим приказом учреждения), использование (просмотр) и передачу (в исключительных случаях (по запросу следственных и судебных органов) видеозаписей полученных при помощи камер открытого наблюдения (режим доступа к записям и просмотра записей установлен соответствующим приказом учреждения), расположенных:

- в помещениях спального корпуса на 1 этаже: коридор; палаты; игровая комната;
- в помещениях спального корпуса на 2 этаже: палаты; коридор, игровая, актовый зал;
- в помещениях спального корпуса на 3 этаже: коридор, учебный класс;
- на территории учреждения: лесная зона, спортивная площадка, игровая площадка, въездные ворота, запасные ворота, калитка со стороны ул. К. Маркса, велосипедная площадка, периметр здания спального корпуса, здания детского санатория.

Согласие на обработку персональных данных моего ребенка (подопечного) действует с даты его подписания до даты отзыва, если иное не предусмотрено законодательством Российской Федерации. Я уведомлен о своем праве отозвать настоящее согласие в любое время. Я подтверждаю, что, давая такое Согласие, я действую по собственной воле и в интересах своего ребенка (подопечного).

ст.9 ФЗ № 152-ФЗ «О персональных данных» от 27.07.2006 г. (в ред. Федерального закона от 25.07.2011 N 261-ФЗ).

« ___ » _____ 201__ года

Подпись Расшифровка

Приложение № 3 к Перечню

(Форма заявления родителей (законных представителей)
несовершеннолетнего обучающегося об организации обучения и воспитания
обучающегося, находящимся на длительном лечении в медицинской
организации)

Главному врачу
КУ «Детский противотуберкулёзный
санаторий имени Е.М. Сагандуковой»
(наименование образовательной
/медицинской организации)

Таберту А.А.
(фамилия и инициалы руководителя
организации)

от _____
(фамилия, имя, отчество полностью)

Место регистрации _____

Сведения о документе, подтверждающем
статус законного представителя (N, серия,
дата выдачи, кем выдан)

тел. _____

Заявление

Прошу организовать обучение в медицинской организации КУ «Детский
противотуберкулёзный санаторий имени Е.М. Сагандуковой»
(наименование медицинской организации)

_____ (ФИО полностью обучающегося (ейся))

_____ класса с _____ по _____ 20__ /20__ учебного года.

Дата _____

Подпись _____