



Утверждаю
Директор ФГБУ ДОС «Пионерск»
Минздрава России
А.В. Ткаченко

Общие правила для пациентов ФГБУ ДОС «Пионерск» Минздрава России

1. Организация приема и выписки: заезд с 8.00 - выезд до 20.00.
2. Уход или отъезд из санатория пациента/законного представителя не допускается. Вход на территорию только с использованием идентификационных карт. Передача третьим лицам идентификационных карт не допустима.
3. До **21.30** часов просьба возвращаться в санаторий! Мы заботимся о Вашей безопасности.
4. Не оставляйте детей в номерах (палатах), на территории, на игровой площадке и т.п. без присмотра, просьба ознакомиться с правилами поведения на площадке. Перемещение по пандусам, в лифте, на подъемнике только в присутствии сопровождающего лица.
5. На территории санатория разрешены к использованию технические средства реабилитации для перемещения (кресла-коляски, ходунки, трости, костыли). Не использовать на территории санатория трициклы, велосипеды, беговелы, самокаты, скейтборды, роликовые коньки и др. во избежание травматизма.
6. Посторонним лицам находиться в номерах (палатах) санатория и на территории **нельзя**.
7. В случае выявления среди отдыхающих больного проводится его изоляция/госпитализация. Любые проявления ОРВИ в обязательном порядке озвучиваются лечащему врачу/дежурной службе санатория. Обязательное соблюдение мер личной гигиены.
8. Кормление животных на территории санатория и проживание в номерах санатория с животными запрещено!
9. Курение (в т. ч. вейп-продукции, электронных сигарет) и/ или распитие спиртных напитков в номерах и/ или на территории санатория – запрещены.
10. Вынос и порча имущества санатория запрещено!
11. Пациент/законный представитель несет материальную ответственность за ущерб, причиненный санаторию им лично и (или) детьми, которых он сопровождает.
12. По вопросам (медицинским, хозяйственным), связанным с пребыванием в санатории следует обратиться к дежурной медсестре, сестре-хозяйке Вашего отделения.
13. За грубое нарушение лечебно-охранительного режима и/ или настоящих правил - досрочная выписка.
14. Соблюдение требований Постановления Правительства РФ от 25.04.2012 года № 390 «О противопожарном режиме в РФ» и правила пожарной безопасности граждан, прибывших для временного проживания и лечения, не оставлять зарядное устройство без присмотра.
15. Приносить и использовать на территории и в помещениях санатория пиротехнику, взрывные изделия, оружие любых типов, в том числе игрушечное, ядовитые и легковоспламеняющиеся вещества, препараты, содержащие наркотические вещества, - нельзя.
16. Подписание согласия на медицинское вмешательство осуществляется пациентом/законным представителем посредством национального мессенджера «МАХ» (российского кроссплатформенного сервиса мгновенного обмена сообщениями на базе одноименной цифровой системы).

« _____ » _____ 202 _____ г.

_____ (подпись)

СОГЛАСИЕ на обработку персональных данных

Я, _____ (фамилия, имя, отчество)

зарегистрированный (-ая) по адресу _____
имеющий паспорт серия: _____ в соответствии с требованиями статьи 9
Федерального закона от 27.07.2006 «О персональных данных» № 152-ФЗ в целях оказания мне (моему недееспособному
опекаемому/несовершеннолетнему ребенку) медицинских услуг подтверждаю свое согласие на обработку персональных данных ФГБУ
ДОО «Пионерск» Минздрава России (далее – Оператор), 238590 Калининградская область г. Пионерский, ул. Комсомольская, д.44-А,
ИНН 3910002710/ОГРН 1023902057860

зарегистрированный (-ая) по адресу _____ (фамилия, имя, отчество, год рождения)
имеющего Свидетельство о рождении _____
сведения об информационных ресурсах Оператора, посредством которых может предоставляться доступ ограниченному кругу лиц и
иные действия с персональными данными субъекта персональных данных: МИС «LOTUS», МИС «Санкур», российский
кроссплатформенный сервис «МАХ» мгновенного обмена сообщениями на базе одноименной цифровой системы моих персональных
данных, в том числе персональных данных, разрешенных субъектом персональных данных для распространения, следующих категорий
персональных данных: фамилию, имя, отчество; пол, дата рождения, адрес места жительства, телефон, адрес электронной почты, место
работы/учебы, данные паспорта (или иного документа, удостоверяющего личность), данные полиса ОМС (или ДМС); страховой номер
индивидуального лицевого счета (СНИЛС); - специальные категории персональных данных: сведения о состоянии здоровья, случаях
обращения за медицинской помощью, сведения о диагностических мероприятиях, установлении диагноза, назначенном и проведенном
лечении, данных рекомендациях; - дополнительно: на интервью, фото-и видеосъемку, редактирование и использование фото- и видео в
некоммерческих целях (в государственных, общественных и иных интересах), включая печатную продукцию, размещение в сети
Интернет и др. СМИ.

В соответствии с требованиями приказа МВД России от 09.07.2018 № 435 «Об утверждении Порядка представления администрациями
гостиниц, санаториев, домов отдыха, пансионатов, кемпингов, туристских баз, медицинских организаций или других подобных
учреждений, учреждений уголовно-исполнительной системы, исполняющих наказания в виде лишения свободы или принудительных
работ, информации о регистрации и снятии граждан Российской Федерации с регистрационного учета по месту пребывания в
территориальные органы МВД России и Типовой формы соглашения об информационном взаимодействии», даю свое согласие на сбор,
обработку и передачу моих персональных данных Оператору информации о регистрации и снятии граждан Российской Федерации с
регистрационного учета по месту пребывания, в том числе на передачу информации с использованием информационно-
телекоммуникационных сетей, вид учета – регистрация в УМВД России по Калининградской области; по схеме передачи информации в
соответствии с правилами информационной безопасности, согласованной с ЦИТСиЗИ УМВД России по Калининградской области или
посредством Единого портала государственных и муниципальных услуг (функций).

В соответствии с требованиями статьи 10 Федерального закона от 27.07.2006 «О персональных данных» № 152-ФЗ даю согласие на
обработку моих персональных данных Оператору при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально
занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

Оператор имеет право: при обработке моих персональных данных вносить их в реестры, базы данных автоматизированных
информационных систем для формирования отчетных форм и иных сведений, предоставление которых регламентировано
нормативными документами, так и на бумажном носителе;

- с целью выполнения своих обязательств, предусмотренных действующим законодательством на предоставление, передачу моих
персональных данных иным организациям, при условии, что передача будет осуществляться с использованием бумажных носителей или
по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих защиту моих персональных данных от несанкционированного доступа, а также
при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор,
систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, распространение, обезличивание, блокирование,
уничтожение, на срок хранения медицинской документации.

Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки
(реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по
ОМС (договором ДМС).

В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои
персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора в интересах моего
обследования и лечения. Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (по договору ДМС) на обмен
(прием и передачу) моими персональными данными со страховой медицинской организацией _____ и Фондом ОМС с использованием машинных носителей или по каналам связи с
соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут
осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Даю согласие на то, что срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения медицинской карты, предусмотренного
действующим законодательством. По истечении указанного срока хранения моих персональных данных Оператор обязан уничтожить
все мои персональные данные, включая все копии на бумажных носителях информации. Передача моих персональных данных иным
лицам или иное их разглашение может осуществляться с моего письменного согласия и в соответствии с требованиями действующего
законодательства.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие полностью или частично путем подачи письменного заявления при личном обращении
в ФГБУ ДОО «Пионерск» Минздрава России при предъявлении документа, удостоверяющего личность. В случае получения моего
письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку моих персональных данных Оператор обязан прекратить: включая
сбор, систематизацию, накопление, обновление, изменение, использование, распространение, обезличивание, блокирование на срок
хранения медицинской документации в течение 30 дней. При этом Оператор продолжает осуществлять хранение всей имеющейся
документации на срок, предусмотренный действующим законодательством с последующим уничтожением.

Представитель субъекта персональных данных _____ (подпись, ФИО)

Настоящее согласие дано мной " _____ " _____ 20 ____ г. и действует _____.

Контактный телефон (-ы) _____

Адрес электронной почты или почтовый адрес:) _____

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я,

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)

« ____ » _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:
(дата рождения гражданина либо законного представителя)

_____ (адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

проживающий по адресу:

_____ (указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении (фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)

« ____ » _____ г. рождения, проживающего по адресу:
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

_____ (в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (далее – виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в федеральном государственном учреждении детский ортопедический санаторий «Пионерск» Министерства здравоохранения Российской Федерации (далее Учреждение).

Даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, в соответствии с назначениями врача* - диагностических исследований: лабораторных (по показаниям), РЭГ, ЭЭГ, ЭКГ и других диагностических процедур; проведения рентгеновских, УЗИ и лечебных мероприятий: прием таблетированных препаратов, физиотерапевтических процедур, лечебной физкультуры, массажа, роботизированной терапии, механотерапии; необходимость других методов обследования и лечения будет мне разъяснена дополнительно, для получения специализированной помощи*/санаторно-курортного лечения лицом*, законным представителем которого я являюсь в Учреждении.
Медицинским работником

_____ (должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

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, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. 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».

Информирование о необходимости подписания согласия на медицинское вмешательство посредством российского кроссплатформенного сервиса мгновенного обмена сообщениями на базе цифровой системы «МАХ» (национального мессенджера) подтверждаю.

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (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 лица, законным представителем которого я являюсь:

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

Разрешаю посещение в лечебном учреждении лицо, законным представителем которого я являюсь

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина/н или его законного представителя, телефон)

(подпись) _____ « ____ » _____ 20__ г.
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина/н или его законного представителя, телефон)

(подпись) _____ « ____ » _____ 20__ г.
(фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

« ____ » _____ 20__ г.

*в соответствии с предметом и целями деятельности санатория