ДОГОВОР № \_\_\_\_

на оказание медико-социальной помощи

в УЗ «Витебский областной специализированный дом ребенка»

г. Витебск «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2023 г.

Учреждение здравоохранения «Витебский областной специализированный дом ребенка» (далее – Дом ребёнка), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача Мизеркиной Елены Геннадьевны, действующего на основании Устава и Положения об оказании медико-социальной помощи детям-инвалидам, в том числе находящимся под паллиативным наблюдением, по желанию их законных представителей в учреждении здравоохранения «Витебский областной специализированный дом ребёнка» (далее – Положение), с одной стороны, и гражданин(ка) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (ФИО)

именуемый в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны, действующий как законный представитель в интересах несовершеннолетнего (ей)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (ФИО)

дата рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

удостоверение ребенка-инвалида № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдано\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (кем, когда)

именуемого в дальнейшем «Пациент», заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1.Исполнитель обязуется оказать платные медицинские услуги в виде медико-социальной помощи, в организации временного круглосуточного пребывания Пациента в Доме ребёнка (г. Витебск, пр-т Победы, 32) в соответствии с его(ее) потребностями в сроки, определенные Сторонами в приложении 1 к договору, и на условиях, определенных настоящим договором и Положением, а Заказчик обязуется соблюдать требования настоящего договора и Положения, а также оплатить их в размере и порядке, установленном настоящим Договором.

1.2. Медико-социальная помощь предоставляется не более 28 суток в течение календарного года.

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1.Исполнитель обязан:

2.1.1.обеспечить Заказчика бесплатной, доступной и достоверной информацией, включающей в себя сведения об оказании медико-социальной помощи, стоимости и условиях оплаты, квалификации медицинских работников (врачей специалистов), режиме работы Дома ребенка, иной необходимой информацией.

2.1.2.ознакомить Заказчика с Правилами внутреннего распорядка в Доме ребенка;

2.1.3.оказать медицинские услуги Пациенту, предусмотренные подпунктом 1.1. пункта 1. настоящего Договора.

2.1.4.не разглашать конфиденциальную информацию Пациента.

2.1.5.информировать своевременно Заказчика об обстоятельствах, которые могут повлиять на исполнение договора;

2.1.6.оказывать неотложную медицинскую помощь;

2.1.7 своевременно направлять в другие организации здравоохранения для оказания медицинской помощи при возникновении состояний, требующих медицинского вмешательства других врачей-специалистов;

2.1.8.оформить при выписке пациента в установленном порядке в 2-х экземплярах выписку из медицинских документов с рекомендациями по дальнейшему его наблюдению;

2.1.9.выдать первый экземпляр выписки из медицинских документов Заказчику;

2.1.10.направить второй экземпляр выписки из медицинских документов в учреждение здравоохранения по месту жительства (пребывания) Пациента.

2.2. Исполнитель имеет право:

2.2.1.получать от Заказчика любую информацию, необходимую для выполнения своих обязательств по настоящему Договору. В случае не предоставления либо неполного или неверного предоставления информации Исполнитель имеет право приостановить исполнение своих обязательств по настоящему Договору до предоставления необходимой информации;

2.2.2.сотрудничать при оказании услуг по настоящему Договору с иными медицинскими учреждениями и специалистами;

2.2.3.сообщать необходимые данные о состоянии здоровья Пациента в установленном законодательством порядке.

2.3.Заказчик обязан:

2.3.1.оплатить оказанные Исполнителем медицинские услуги в соответствии с положениями раздела 3 настоящего Договора.

2.3.2.предоставить Исполнителю необходимые документы и достоверную информацию о ребёнке, необходимую для качественного оказания услуги (данные о личности ребёнка, его семье, режиме питания и сна, предпочтениях в питании, потребностях, умениях самостоятельного обслуживания во время приёма пищи и при осуществлении гигиенических процедур, данные о коммуникативных навыках, поведенческих особенностях, социальных способностях);

2.3.3.уважительно относиться к работникам учреждения здравоохранения, задействованным в оказании медико-социальной помощи;

2.3.4.обеспечить Пациента самостоятельно за свой счет на весь период оказания медицинских услуг:

личными вещами (промаркированными) в соответствии с потребностями;

лекарственными средствами, назначенными на постоянной основе, в заводской упаковке с маркировкой;

лечебным индивидуальным питанием, назначенным на постоянной основе;

предметами и средствами ухода (подгузники, влажные салфетки, детская косметика по уходу за кожей), а также игрушками и др.

2.3.5. обеспечить опрятный внешний вид ребенка при поступлении;

2.3.6. своевременно информировать Исполнителя об обстоятельствах, которые могут повлиять на исполнение настоящего договора.

2.4 Заказчик имеет право:

2.4.1. получать информацию от Исполнителя о состоянии Пациента;

2.4.2. получить от Исполнителя выписку из медицинских документов Пациента;

2.4.3. высказывать пожелания по совершенствованию медико-социальной помощи;

2.4.4. принимать участие в информационных, консультационных, обучающих мероприятиях (семинарах, днях открытых дверей и т.п.), проводимых для получателей медико-социальной помощи;

3. СТОИМОСТЬ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

3.1. Оплата за оказываемую медико-социальную помощь производится по безналичному расчету, Заказчик осуществляет оплату за пребывание Пациента в размере 80 % получаемой Пациентом пенсии, при поступлении до 15-го числа за предшествующий месяц, при поступлении после 15-го числа за текущий месяц.

3.2. Сумма настоящего договора на момент его заключения составляет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) рублей, в соответствии с произведенным расчетом и корректируется в случае изменения размера получаемой Пациентом пенсии, изменения срока пребывания и оформляется путем подписания сторонами дополнительного соглашения.

3.3.При досрочном расторжении договора в связи с выпиской до истечения срока установленного договором или другим причинам, Исполнитель в течение 30 календарных дней производит возврат неиспользованных денежных средств Заказчику пропорционально фактическому времени пребывания Пациента в соответствии с действующим законодательством.

3.4. Заказчик осуществляет оплату не позднее 5 (пяти) рабочих дней до окончания пребывания Пациента в Доме ребёнка.

3.5.Датой оплаты медицинских услуг считается день зачисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя.

4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

4.1.За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством республики Беларусь.

4.2.Исполнитель несет ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего Договора, несоблюдение требований, предъявляемых к методам оказания медико-социальной помощи, разрешенным на территории Республики Беларусь, а так же в случае причинения вреда здоровью и жизни Пациента.

4.3.Заказчик несет ответственность за последствия, возникшие в результате непредставления, а также предоставления недостоверных или неполных сведений о состоянии здоровья Пациента.

4.4.Ни одна из сторон не будет нести ответственность за полное или частичное неисполнение другой стороной своих обязанностей, если неисполнение будет являться следствием обстоятельств непреодолимой силы, таких, как пожар, наводнение, землетрясение, и другие стихийные бедствия, забастовки, война и военные действия или другие обстоятельства, находящиеся вне контроля Сторон, препятствующие выполнению настоящего Договора, возникшие после заключения Договора, а также по иным основаниям, предусмотренных законом.

Если любое из таких обстоятельств непосредственно повлияло на неисполнение обязательства в срок, указанный в Договоре, то этот срок соразмерено отодвигается на время действия соответствующего обстоятельства.

4.5. Сторона, для которой сделалось невозможным исполнение обязательств по Договору, обязана не позднее пяти дней с момента их наступления и прекращения в письменной форме уведомить другую Сторону о наступлении, предполагаемом сроке действия и прекращении вышеуказанных обстоятельств.

5. РАЗРЕШЕНИЕ СПОРОВ

5.1.Стороны будут стремиться к разрешению всех возможных споров и разногласий, которые могут возникнуть по Договору или в связи с его исполнением, путем переговоров.

5.2.Споры, не урегулированные путем переговоров, передаются на рассмотрение суда в порядке, предусмотренном действующим законодательством Республики Беларусь.

6. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

6.1.Договор вступает в силу с момента подписания и действует до полного исполнения Сторонами своих обязательств по Договору.

7. ИНЫЕ УСЛОВИЯ

7.1. Договор может быть расторгнут досрочно по:

по соглашению сторон;

в случае перевода ребенка по медицинским показаниям в другое учреждение здравоохранения;

изменения или ухудшения состояния здоровья ребенка;

наличия у него инфекционных или иных заболеваний, которые могут повлиять на здоровье иных получателей услуги и при иных обстоятельствах, препятствующих безопасному и комфортному пребыванию ребенка и иных получателей медико-социальной помощи;

наличие отрицательной реакции Пациента на пребывание в Доме ребенка (нарушение периода адаптации) в течение 3-х календарных дней;

в случае грубого нарушения родителями (законными представителями) Правил внутреннего распорядка, условий настоящего Положения или договора об оказании медико – социальной помощи;

в случае отсутствия специальных условий, требующихся для пребывания данного ребенка в палате медико-социальной помощи.

7.2. Оказание медико-социальной помощи осуществляется при предоставлении Заказчиком следующих документов:

паспорт родителя (законного представителя) ребенка-инвалида;

свидетельство о рождении (паспорт) ребенка-инвалида;

справка о размере социальной пенсии ребенку-инвалиду (при поступлении до 15-го числа текущего месяца, справка предоставляется за предшествующий месяц, при поступлении после 15-го числа, справка о размере социальной пенсии предоставляется за текущий месяц).

В случае если невозможно предоставление требуемой справки о размере социальной пенсии ребенку-инвалиду в день обращения, она должна быть предоставлена до окончания срока пребывания пациента в Доме ребенка.

направление территориальной организации здравоохранения осуществляющей оказание медицинской помощи ребенку в амбулаторных или стационарных условиях для оказания услуги медико-социальной помощи на базе Дома ребенка;

медицинская справка о состоянии здоровья с указанием результатов осмотра на чесотку, педикулез, отсутствие контакта с инфекционными больными в течение 21 дня;

актуальная выписка из истории развития ребенка (ф. 112/у) с указанием данных лабораторных и инструментальных исследований, дозы и кратности приема лекарственных средств, кратности обострений основных симптомов, организации питания пациента (через рот; через назогастральный зонд; через гастростому и др.), сведений о непереносимости лекарственных средств и аллергических реакциях, данных о профилактических прививках, другой информации;

справка от врача-психиатра об отсутствии у ребенка психического расстройства (заболевания), сопровождающегося асоциальным поведением;

согласие на медицинское вмешательство;

согласие на обработку персональных данных.

7.3.Все изменения и дополнения к Договору действительны, если совершены в письменной форме и подписаны обеими Сторонами. Дополнительные соглашения Сторон являются неотъемлемой частью Договора.

7.4.Договор составлен в двух экземплярах, по одному для каждой из Сторон, которые имеют одинаковую юридическую силу.

7.5. Приложения 1-3 являются неотъемлемой частью настоящего договора.

8. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

|  |  |
| --- | --- |
| **Исполнитель**УЗ «Витебский областной специализированный дом ребёнка»210041, г.Витебск, пр-т Победы,32р/с BY15AKBB36423010002942000000ОАО «АСБ Беларусбанк»БИК АКВВВY2Х, УНН 300433685, ОКПО 05562903т/ф (8-0212) 331024,331029 (бухгалтерия) Главный врач\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Е.Г.Мизеркина | **Заказчик**Ф.И.О.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Паспорт серии № \_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**выдан **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**(кем, когда)Адрес проживания \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /**подпись Ф.И.О |

**Приложение №1**

**к договору №\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**О согласовании сроков пребывания для оказания медико-социальной помощи**

С учетом графика работы Дома ребёнка Стороны согласовали следующие сроки пребывания Пациента в Доме ребёнка для оказания медико-социальной помощи:

с «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2023 г. по «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2023 г., всего\_\_\_\_\_\_ дней.

Заказчик обязуется доставить и забрать Пациента в согласованное сторонами время:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата/время прибытия | «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2023 г.  | с \_\_\_\_\_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Дата/Время убытия | «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2023 г. | с \_\_\_\_\_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |
| --- | --- |
| **Исполнитель**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Е.Г.Мизеркина | **Заказчик**\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Отметка о прибытии**

Подтверждаем, что Пациент прибыл в Дом ребёнка в \_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_ 2023г. Личные вещи, медикаменты и письменные инструкции по их применению переданы по описи ответственному сотруднику Дома ребёнка.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Исполнитель**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Е.Г.Мизеркина | **Заказчик**\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |

**Отметка об убытии**

Подтверждаем, что Пациент убыл из Дома ребёнка в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_ 2023г. Личные вещи Пациента возвращены Заказчику.

Претензий по порядку оказания медико-социальной помощи Заказчик не имеет.

|  |  |
| --- | --- |
| **Исполнитель**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Е.Г.Мизеркина | **Заказчик**\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Приложение 2**

**к договору №\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Заявление**

**Дополнительное контактное лицо**

В случае если сотрудники Дома ребёнка не могут связаться со мной, в экстренных случаях прошу и разрешаю по всем вопросам, касающимся исполнения настоящего договора, в том числе касающимся сокращения сроков пребывания ребенка в Доме ребёнка для оказания медико-социальной помощи в связи с изменением состояния здоровья, прошу контактировать со следующими лицами:

ФИО (полностью)/степень родства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Контактные телефоны: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ФИО (полностью)/степень родства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Контактные телефоны:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Я подтверждаю, что лица, указанные выше, информированы и выразили свое согласие сотрудничать с администрацией Дома ребёнка по вопросу оказания медико-социальной помощи. В случае отсутствия родителя/законного представителя, данные лица согласны возложить на себя их функции.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|   |  |  |  |  |
| ФИО |  | Подпись |  | Дата |

**Приложение 3**

**к договору №\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Об ознакомлении с документами**

Подтверждаю, что я ознакомлен(а) и согласен(а) с Положением об оказании медико-социальной помощи детям-инвалидам по желанию их законных представителей в учреждении здравоохранения «Витебский областной специализированный дом ребенка».

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| ФИО |  | Подпись |  | Дата |

**О праве передачи информации о ребенке**

Я подтверждаю право администрации Дома ребёнка передавать личную информацию о моем ребенке, включая медицинские данные, другим медицинским организациям и/или местным органам власти с целью поддержания и улучшения его медицинского, правового и финансового благополучия.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| ФИО |  | Подпись |  | Дата |

**Соглашение о медицинском обслуживании**

Я разрешаю оказывать при необходимости моему ребенку медицинскую помощь, а в экстренных случаях вызывать скорую медицинскую помощь.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| ФИО |  | Подпись |  | Дата |

 **Приложение 4**

**СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Фамилия, имя, отчество)

паспорт\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (серия, номер) (когда и кем выдан)

идентификационный номер\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

адрес регистрации (проживания)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

даю согласие на сбор, хранение и обработку в УЗ «Витебский областной специализированный дом ребенка» моих персональных данных и моего несовершеннолетнего ребёнка (детей) на время оказания медико-социальной помощи в соответствии с требованиями законолательства\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Фамилия, имя, отчество ребенка)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ с целью защиты прав и законных интересов несовершеннолетнего (них), а именно, сведения, содержащиеся в документах, удостоверяющих личность: фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения, серия и номер свидетельства о рождении (паспорта), когда и кем выдан, идентификационный номер, место рождения, гражданство, адрес регистрации и проживания, телефон, серия и номер удостоверения об инвалидности.

 Настоящее согласие предоставляется на осуществление любых действий при автоматизированной и не автоматизированной обработке в отношении моих персональных данных, которые необходимы или желаемы для достижения указанных выше целей включая (без ограничения) сбор, систематизацию, обезличивание, трансграничную передачу персональных данных, а также осуществление любых иных действий с моими персональными данными с учетом действующего законодательства, сроком на период нахождения ребенка в УЗ «Витебский областной специализированный дом ребенка».

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (расшифровка подписи)

 **Приложение 5**

 **СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, являюсь законным представителем

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (ФИО ребенка)

даю согласие на оказание несовершеннолетнему (ей) медицинской помощи, проведение простого и сложного медицинского вмешательства, методов диагностики, оказание психиатрической (психологической) помощи.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (расшифровка Ф.И.О.)

«\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г.