

ЗАЯВЛЕНИЕ

о согласии на обработку персональных данных **несовершеннолетнего пациента**

Я, _____,

(фамилия, имя, отчество)

законный представитель несовершеннолетнего пациента –

_____, дата рождения _____ г.

(фамилия, имя, отчество)

адрес места жительства

 (указывается почтовый адрес места жительства)

Данные законного представителя

Дата рождения		Место рождения	
Наименование документа, удостоверяющего личность			
Серия		№ документа	
Дата выдачи		Кем выдан	

в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона № 152-ФЗ от 27.07.2006 года «О персональных данных», подтверждаю свое согласие на обработку МАУ «ДГП №13» персональных данных несовершеннолетнего пациента _____,

законным представителем которого я являюсь, включающих:

1. фамилию, имя, отчество;	4. адрес проживания	7. данные о состоянии здоровья
2. пол;	5. контактный телефон	8. реквизиты полиса ОМС и ДМС
3. дату рождения;	6. заболевания	9. случаях обращения за медицинской помощью

в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять медицинскую тайну.

В процессе оказания МАУ «ДГП №13» моему несовершеннолетнему ребенку медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать персональные данные моего ребенка, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам МАУ «ДГП №13», в интересах обследования и лечения моего ребенка.

Предоставляю право МАУ «ДГП №13» осуществлять все действия (операции) с персональными данными моего ребенка, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование.

Срок действия согласия считать с даты подписания данного заявления до окончания наблюдения в МАУ «ДГП №13».

Отзыв настоящего согласия осуществляется на основании моего письменного заявления, поданного в МАУ «ДГП №13», в случаях предусмотренных Федеральным законом от 27.07.2006г. № 152-ФЗ.

«__» _____ 20__ г. _____

(подпись)

Данные, указанные в заявлении, соответствуют предоставленным документам	Ф.И.О. специалиста
Дата приема заявления	Ф.И.О., подпись специалиста

**Алгоритм углубленного медицинского обследования
для спортсменов групп начальной подготовки**

1. Спортсмены проходят обследование, согласно утвержденному графику по 60 человек в день, двумя подгруппами в 10.00, 12.00. Все изменения оговариваются заранее.
2. Для прохождения обследования каждому учащемуся необходимо иметь:
 - Оригинал и ксерокопию полиса ОМС с двух сторон*;
 - добровольное информированное согласие законного представителя ребенка на обследование;
 - фотографию 3X4;
 - Справку от участкового педиатра с указанием наличия/отсутствия хронических заболеваний, травм, операций, аллергических реакций.
 - Подписанный контейнер с утренней порцией мочи;
 - Сменную обувь или бахилы;

*Если у ребенка иногородняя прописка и полис, также необходимо принести ксерокопию паспорта законного представителя, прописанного вместе с ребенком (страница с фото, с пропиской, страница, подтверждающая родство)

3. Порядок прохождения обследования:
 - Сбор для основного обследования в назначенный день и время холле 1 этажа Детской городской поликлиники №13 (Куйбышева, 106а).
 - Сдача общего анализа крови и подписанного контейнера с мочой
 - Обследование в Центре здоровья, получение врачебно-контрольных карт физкультурника и спортсмена с индивидуальным маршрутным листом;
 - Прохождение ЭКГ и осмотра врачей-специалистов, согласно перечню в маршрутном листе;
 - Сдача врачебно-контрольной карты в Центр здоровья;
 - Выдача представителю ДЮСШ при наличии доверенности директора списка учащихся с допуском/недопуском к тренировкам через 7-10 рабочих дней после обследования;
 - Индивидуальные справки и карты по здоровому образу жизни (ЗОЖ) выдаются по требованию;