**КЛИНИЧЕСКИЙ САНАТОРИЙ «СТАРИЦА»**

АНКЕТА №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2020г.

**Ф.И.О \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Дата рождения:** «\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.

**Паспорт:** Серия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

выдан (кем) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Место регистрации (прописки): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**Место работы\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Если с Вами следуют несовершеннолетние дети укажите (Ф.И.О. число, месяц, год рождения):\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**Телефон:** свой 8 (\_\_\_\_\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

родственников 8 (\_\_\_\_\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Авто (марка)** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Комната №**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ПРАВИЛА ВОЗВРАТА НЕИСПОЛЬЗОВАННЫХ СРЕДСТВ**

В случае досрочного отъезда по уважительной причине возврат денежных средств за неиспользованные койко-дни осуществляется с удержанием стоимости 1 (одного) койко-дня.\*Возврат денежных средств производится от 7 до 14 дней. Уважительной причиной является – болезнь, вызов на работу, смерть родственника- подтверждено документально.

**ВЫПИСКА ИЗ ПРАВИЛ ПРОЖИВАНИЯ В САНАТОРИИ «СТАРИЦА»**

1. Отдыхающие обязаны соблюдать правила проживания в санатории, распорядок дня, правила противопожарного, санитарно-эпидемиологического и лечебно – оздоровительного режимов.
2. Отдыхающие несут материальную ответственность за испорченное или не сданное при выезде имущество санатория.
3. В санатории **ЗАПРЕЩАЕТСЯ**:
* Выносить из столовой продукты питания (ФЗ №52 от 30.03.1999г.);
* Брать какое – либо имущество санатория, размещенное в местах общего пользования;
* Хранить в номере легковоспламеняющиеся материалы и оружие, запрещенные средства;
* Самовольно выезжать из санатория на сутки и более без разрешения администрации.

6.Родители, отдыхающие с детьми, не должны оставлять ребенка без присмотра.

7.Администрация за забытые, утерянные и оставленные ценные вещи отдыхающего, (за исключением принятых на хранение) ответственности не несет.

**ПРАВИЛА ПОЖАРНОЙ БЕЗОПАСНОСТИ**

В комнатах номерного фонда и местах общего пользования запрещено:

* курение;
* пользование электронагревательными приборами, не входящими в комплектацию;
* пользование неисправными электроприборами (при обнаружении поломки необходимо произвести отключение и сообщить дежурному администратору);
* применение самостоятельных мер по ремонту неисправных электроприборов;
* накрывать осветительные и электроприборы текстилем или другими предметами.

**ПРАВИЛА ПРОТИВОВИРУСНОГО РЕЖИМА**

* нахождение в местах общего пользования в медицинской маске;
* регулярная обработка кожных поверхностей рук.

***С правилами внутреннего распорядка, пожарной безопасности, дезрежима, возврата денежных средств, проживания отдыхающих с домашними животными условиями договора (оферты) ознакомлен(а) и согласен(на)***

**СОГЛАСИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ СМС-СООБЩЕНИЙ ОБ АКЦИЯХ И СКИДКАХ: ДА □ НЕТ □**

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

 **(Фамилия И.О. клиента) (Подпись)**

Регистрацию оформил администратор\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

СОГЛАСИЕ СУБЪЕКТА

НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

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

(фамилия, имя, отчество)

настоящим даю свое согласие на обработку моих персональных данных, к которым относятся: паспортные данные; адрес места проживания, адрес регистрации; место работы; домашний, мобильный и служебный телефоны; прочие сведения.

Настоящее согласие предоставляется на осуществление любых действий в отношении моих персональных данных, которые необходимы или желаемы для достижения указанных выше целей, включая (без ограничения) сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу третьим лицам), обезличивание, блокирование, трансграничную передачу персональных данных, а также осуществление любых иных действий с моими персональными данными, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

Мне гарантировано, что обработка моих личных данных осуществляется в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации. Я проинформирован, что обработка моих персональных данных будет производиться как неавтоматизированным, так и автоматизированным способом.

Данное Согласие действует до достижения целей обработки моих персональных данных, установленных действующим законодательством Российской Федерации.

Согласие может быть отозвано по моему письменному заявлению.

Я подтверждаю, что, давая такое Согласие, я действую своей волей и в своих интересах.

 Мне разъяснено, что в помещениях медицинского блока ведется видеонаблюдение, в целях соблюдения прав пациентов, осуществления контроля качества предоставляемых услуг, а так же обеспечения безопасности медицинской деятельности.

ИНФОРМАЦИОННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ (ОТКАЗ)

ПАЦИЕНТА НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

 Настоящее согласие составлено в соответствии со ст.19, 20 ,22 Закона РФ «Об основах здоровья граждан РФ» от 21.11.2011г.

Мне, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество)

 Разъяснен диагноз и характер предстоящих лечебно-диагностических мероприятий. Я доверяю лечащему врачу ООО «Санатория «Старица» и добровольно даю согласие на необходимые медицинские вмешательства в целях улучшения здоровья (инвазивные вмешательства , исследования, лечебные процедуры). Мне разъяснено содержание медицинских вмешательств, связанные с ними риски и возможные осложнения. Мне также разъяснено, что в ходе выполнения медицинских вмешательств может возникнуть необходимость выполнения иных медицинских вмешательств. Я доверяю вышеназванным специалистам проводить те медицинские мероприятия, которые врач назначил в целях улучшения состояния моего здоровья.

Разрешаю давать информацию о состоянии моего здоровья следующим лицам: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Содержание настоящего документа мною прочитано, мне понятно.

Дата:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

**ДОПУСК К ЗАСЕЛЕНИЮ (ОТПУСКУ ПРОЦЕДУРЫ)**

**В рамках дополнительных мероприятий, направленных на предотвращение распространения коронавирусной инфекции на территории Рязанской области**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№**  | **Показатель** | **Результат** |
| **1.** | Температура тела t° |  |
| **2.** | Пребывание за рубежом с 01.03.2020г. (да/нет) |  |
| **3.** | Допуск к заселению (отпуску процедуры) |  |
| **4.** | Подпись дежурной медицинской сестры |  |