

**ВЫДЕРЖКИ ИЗ ПРАВИЛ ВНУТРЕННЕГО РАСПОРЯДКА (ПРОЖИВАНИЯ)
АО «САНАТОРИЙ «ДОВОЛЕНСКИЙ»**

1. Заезд производится накануне даты указанной в путевке. Расчетный час выезда из номера: 14:00 часов даты окончания заезда, указанной в путевке. Право нахождения в санатории вне номера, хранение багажа, обеспечение питанием, скорой медицинской помощью распространяется до 00:00 часов даты окончания заезда, указанной в путевке.

2. ОТДЫХАЮЩИЕ ОБЯЗАНЫ:

- Бережно относиться к имуществу и оборудованию санатория, соблюдать чистоту и порядок. В случае повреждения или утраты имущества санатория, проживающий возмещает стоимость нанесенного ущерба, в действующих на момент проживания ценах. При утере ключа от номера – штраф 300 рублей за ключ.

- Соблюдать правила пожарной безопасности.
- Являться на процедуры заранее, за 10-15 минут. Не опаздывать.

3. ЗАПРЕЩАЕТСЯ:

- Курить в комнатах, на балконах, на территории и в местах, не установленных для курения.
- Появляться на территории санатория «Доволенский» в состоянии алкогольного, наркотического, токсического опьянения.

- Нарушать тишину с 23:00 до 7:00 и в тихий час с 14:00 до 16:00.
- Ввозить, размещать и содержать на территории санатория любых животных, птиц, насекомых, рептилий и иных питомцев, за исключением случаев, предусмотренных законодательством РФ (собаки-поводыри и иные животные-ассистенты).

- Оставлять детей до 18 лет без присмотра. Ответственность за детей в возрасте до 18 лет, отдыхающих с родителями (законными представителями) возлагается на родителей (законных представителей), согласно ст.5.35 КоАП РФ (Кодекса РФ об административных правонарушениях).

- Грубить и оскорблять гостей и сотрудников санатория.

4. При любом нарушении внутри санаторного режима следует отмена процедур или выписка из санатория.

5. За нарушение правил пожарной безопасности виновные могут быть привлечены к ответственности, в соответствии с действующим законодательством РФ.

Ознакомлен:

Подпись прибывшего в санаторий _____ **Дата** _____

ПАМЯТКА

по созданию условий для снижения возможности распространения новой коронавирусной инфекции (2019-nCoV), ОРВИ, ОРЗ и любых прочих инфекций среди отдыхающих АО «Санаторий «Доволенский»

Отдыхающий подтверждает, что на момент заезда в АО «Санаторий «Доволенский»:

1.1. не имеет жалоб на состояние здоровья, связанных с возможным наличием инфекционного заболевания, в том числе на повышение температуры тела, кашель, насморк, боль в горле, затруднение дыхания, слабость, боль в мышцах, на тошноту и рвоту;

1.2. в течение 14 (четырнадцати) дней находился на территории РФ и за ее пределы не выезжал и не имеет предписания санитарного врача о нахождении на карантине;

1.3. отсутствие близкого контакта с лицами, находящимися на карантине по новой коронавирусной инфекции, с лицами с подтвержденной коронавирусной инфекцией, а также с лицами с наличием инфекционного заболевания и симптомов, указанных в п. 1.1. настоящей Памятки.

Отдыхающий обязуется не пребывать в АО «Санаторий «Доволенский» с симптомами респираторной инфекции, повышенной температурой тела.

При наличии указанных обстоятельств отдыхающий обязуется перенести сроки заезда на более поздний период с незамедлительным уведомлением представителя АО «Санаторий «Доволенский» и дальнейшим предоставлением подтверждающих документов.

В случае прибытия в АО «Санаторий «Доволенский» отдыхающего с повышенной температурой тела санаторий организует выбытие такого отдыхающего с переносом сроков пребывания на более поздний период (кроме путевок по госконтрактам). Транспортные расходы в этом случае не компенсируются.

С информацией ознакомлен (а) ✓ _____ / ✓ _____ « ____ » _____ **202** г.

Подпись

ФИО

Дата

Согласие на обработку персональных данных

В соответствии с требованием статьи 9 федерального закона от 27.07.2006 «О персональных данных» №152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку АО «Санаторий «Доволенский» (далее — Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, паспортные данные, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС, страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), идентификационный номер налогоплательщика (ИНН), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, - в медико-профилактических целях, в целях установления медицинской диагностики и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания Оператором мне 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:

– при обработке моих персональных данных вносить их в реестры, базы данных как 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.

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 договорам ДМС.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения медицинских. 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 только с моего письменного согласия.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате, оказанной мне до этого медицинской помощи.

Настоящее согласие дано мной « » 202 г. и действует бессрочно.

✓ _____ / ✓ _____ «____» _____ 202_г.
Подпись ФИО Дата

Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи в АО «Санаторий «Доволенский»

Я, ✓ _____

(Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

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. N 390н для получения мною/лицом, законным представителем, которого я являюсь (нужное подчеркнуть) медицинской помощи в АО «Санаторий «Доволенский» Медицинским работником

(должность, Ф.И.О. 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 (медицинской помощи), 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" (Собрания законодательства Российской Федерации, 2011, №48, ст. 6724; 2012, №26, ст. 3442, 3446).

Сведения о выбранных мною лицах, 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 моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь* (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

✓ _____ / ✓ _____
(подпись) (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

(подпись)

(Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

(подпись)

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи

Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза; осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование; антропометрические исследования; термометрия; тонометрия; неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций; исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы); лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, пикфлоуметрия, кардиотокмография; ультразвуковые исследования, доплерографические исследования; введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно; медицинский массаж; лечебная физкультура.

Виды медицинской помощи:

1. Первичная, в том числе доврачебная, врачебная медико-санитарная помощь в амбулаторных условиях.
2. Первичная специализированная медико-санитарная помощь в амбулаторных условиях.
3. Оказание медицинской помощи при санаторно-курортном лечении.

_____/_____
(подпись) (должность, Ф.И.О. медицинского работника)

С информацией ознакомлен (а) ✓_____/✓_____ «___» _____ 202_г.
Подпись ФИО Дата

Подтверждаю свое согласие на фото- и видеосъемку, публикацию фотографий и видео со своим участием на безвозмездной основе на сайте санатория <https://www.dovolensk.ru/>, а также в социальных сетях, на телеканалах и других СМИ, печатных изданиях, в качестве иллюстраций в буклетах, журналах, баннерах, календарях, видеороликах, включая (без ограничений) сбор, обработку, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление/изменение), фото- и видеоматериалов.

С информацией ознакомлен (а) и даю согласие ✓_____/✓_____
Подпись ФИО

Настоящее согласие дано мной «___» _____ 202_г. и действует бессрочно.

Этот раздел бланка только для лиц, не достигших 15 лет или недееспособных граждан:

Я, _____

паспорт: серия _____ № _____,

выдан: _____,

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица,
признанного недееспособным:

ФИО ребенка/недееспособного гражданина (полностью), год рождения