

ДОКУМЕНТЫ, необходимые при поступлении в санаторий. Для экономии Вашего времени в день заезда просим скачать и заполнить документы, указанные в пунктах 10, 15, 16 списка.

Обращаем Ваше внимание! Санаторий не несёт ответственности за сохранность вещей, не сданных на хранение.

1. Путевка (выдается в Министерстве здравоохранения по месту жительства)
2. Санаторно-курортная карта для детей форма №076/У согласно приказу №274н от 13.05.2025
3. Справка об отсутствии контакта с вероятными инфекционными больными в течение 21 дня до даты заезда в санаторий, действительна в течение 3-х дней.
4. Справка от дерматолога (педиатра) об отсутствии заразных заболеваний кожи и волосистой части головы, действительна в течение 7-ми дней (при отсутствии сведений в санаторно-курортной карте или выписке санаторно-курортной карты старого образца)
5. Выписка из амбулаторной карты (рекомендуется)
6. Копия паспорта (свидетельства о рождении) ребенка
7. Копия медицинского полиса ребенка
8. Копия сертификата о прививках с обязательным указанием реакции Манту и наличие прививки от Кори (при отсутствии сведений в санаторно-курортной карте или выписке санаторно-курортной карты старого образца)
9. Копия СНИЛС
10. Анкета, дополнение к анкете, информированное согласие, согласие на обработку персональных данных, информированное согласие на получение дополнительной медицинской услуги, не включенной в стоимость путевки:
 - Тонзиллор
 - Гидроколонотерапия
11. Договор на оказание платных немедицинских услуг
Договор на оказание платных медицинских услуг
12. Договор об оказании услуг по осуществлению санаторно-курортного санаторно-профилактического лечения (скачать)
13. Копия документа подтверждающего участие законного представителя в СВО (50% льготы на часть досуговых услуг)
14. Страховка от клещевого энцефалита, при отсутствии прививки.
15. Доверенность на выезд с сопровождающим
16. Доверенность на самостоятельный выезд
17. Заявление о выдаче справки об оплате мед.услуг

Информированное добровольное согласие на санаторно-курортное лечение и получение медицинских услуг в ФГБУ ДС «Белокуриха» им. В.В. Петраковой Минздрава России

Я, (ФИО) _____ являясь законным представителем ребёнка _____ (ФИО)

_____ года рождения, в соответствии со ст. 20 ФЗ от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» подтверждаю, что согласно моей воле в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы, оказания санаторно-курортного лечения, сроки получения медицинских услуг, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе, вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания санаторно-курортного лечения и полученных медицинских услуг.

1. Я информирован(а) о том, что медицинские услуги в санатории проводятся по утверждённым НИИ курортологии и физиотерапии медицинским технологиям и методикам, утвержденным стандартам и порядкам медицинской помощи, клиническим рекомендациям, разрешённым к применению Минздравом России. До моего сведения доведено, какие услуги будут оказаны моему ребёнку и то, что медицинские услуги оказываются после осмотра врача и необходимых обследований.

2. Я получил(а) информацию о возможной связи с лечащим врачом, извещен(а) в доступной форме о целях, характере и неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также о том, что предстоит делать во время их проведения.

3. Я предупреждён(а) о возможных осложнениях и неблагоприятном воздействии на здоровье неоконченного курса лечения в случае досрочного отъезда или самовольного отказа от процедур.

4. Я ознакомлен(а) с распорядком дня, правилами лечебно-охранительного режима, правилами пребывания в санатории и даю согласие на их выполнение моим ребёнком. Я информирован(а) о том, что потребители, нарушающие распорядок дня и правила поведения в санатории, создающие этим поведением угрозу здоровью или жизни себе и окружающим, подлежат досрочной выписке и должны немедленно покинуть санаторий.

5. Я поставил(а) в известность врача **письменно (в анкете)** обо всех проблемах, связанных со здоровьем и индивидуальными особенностями, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных травмах, операциях, заболеваниях, о принимаемых лекарственных средствах моего ребёнка. Я сообщил(а) (в анкете) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств моим ребёнком.

6. Я ознакомлен(а) с наличием в санатории узких специалистов: **оториноларинголог, гастроэнтеролог, физиотерапевт, детский невролог, детский кардиолог, рефлексотерапевт, психолог, врач КФД, врач УЗД, зубной врач** и наличием клинической лаборатории.

7. Я даю свое добровольное согласие на участие моего ребенка в научно-практическом исследовании, проводимом в санатории. Мне разъяснено, что исследования проводятся неинвазивными методом, не приносящим моему ребенку морального или физического дискомфорта. Я даю свое согласие на то, что медицинская информация в обезличенном виде, без указания моих и ребенка персональных данных, может быть использована в научно-исследовательских и образовательных целях, включая научные выступления и публикации (любая личная информация защищена ФЗ от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных»).

8. Я информирован(а) о том, что в период санаторно-курортного лечения, при проведении диагностических обследований, оказании неотложной помощи, обострении основного или сопутствующего заболевания, лечении интеркуррентных заболеваний моему ребёнку могут быть назначены лекарственные средства. Я ознакомлен(а) со списком лекарственных препаратов (Приложение №1) и даю своё согласие на их применение.

9. Я информирован(а) о том, что в случае необходимости моему ребёнку будет оказана неотложная медицинская помощь в условиях стационара: консультации: хирурга, травматолога, окулиста, уролога, инфекциониста, дерматолога, эндокринолога; обследования в: биохимической лаборатории, рентген кабинете; оперативное и консервативное лечение (неотложные хирургические вмешательства различной степени, лечение обострений бронхиальной астмы средней и тяжёлой степени, лечение острой пневмонии и тяжёлой формы гриппа, лечение инфекционных заболеваний (ветряная оспа, корь, краснуха, эпидпаротит и др). Я даю свое согласие, в случае необходимости, на лечение и обследование моего ребенка в условиях стационара.

10. Я даю свое согласие на лечение и необходимое обследование в санатории моего ребенка, в том числе, на проведение в отношении моего ребенка следующих медицинских процедур и манипуляций (опросы, осмотры, заборы биологических жидкостей, взятие образцов биоматериала, функциональные исследования) в целях формирования сведений для назначения процедур в рамках основного/сопутствующего заболевания, подозрений/жалоб различного характера, в том числе урологического и гинекологического.

10. Я предупреждён о том, что могу собственноручно внести поправки в данное информированное согласие.

11. Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с п.5 ч.5 ст.19 ФЗ от 21.11 2011 № 323-ФЗ может быть передана информация о состоянии здоровья ребенка, законным представителем которого я являюсь. ФИО _____ по телефону _____

12. Мне была предоставлена возможность задать любые интересующие меня вопросы о пользе/вероятных осложнениях диагностических, лечебных, научно-исследовательских методов, применяемых в санатории.

Дата _____ Подпись законного представителя: _____ Подпись мед.работника: _____

Ознакомление и заполнение обязательно

Приложение № 1

к информированному добровольному согласию
на санаторно-курортное лечение и получение медицинских услуг

**Список лекарственных средств,
которые могут быть назначены Вашему ребёнку в период санаторно-курортного лечения,
при проведении диагностических обследований, оказании неотложной помощи, при обострении
основного или сопутствующего заболевания, при лечении интеркуррентных заболеваний.**

Уважаемые родители убедительно просим Вас обратить внимание!

*Лекарственные средства, которые Вы не разрешаете применять ребёнку, могут быть вычеркнуты,
в этом случае, напротив названия лекарственного средства, Вы должны поставить свою подпись.*

Название	Подпись	Название	Подпись
Адреналин		Лидокаин	
Акридерм		Микролакс	
Аминокaproновая кислота		Метоклопрамид	
Аммиак		Нимесулид	
Астмасол		Новокаин	
Анальгин		Натрия хлорид	
Азитромицин		Но-шпа	
Амброксол		Отипакс	
Амбробене		Оксолиновая мазь	
Амосин		Пантенол	
Андипал		Панангин	
Арбидол		Панкреатин	
Ацикловир		Парацетомол	
Баралгин		Папаверин	
Беродуал		Педикулен	
Бриллиантовый зелёный		Перекись водорода	
Бромгексин		Преднизолон	
Вазелиновое масло		Пульмикорт	
Валидол		Ремантадин	
Викасол		Риниколд	
Винилин		Ротокан	
Гидрокортизон		Сальбутамол	
Глюкоза		Смекта	
Гемостатическая губка		Сульфацил натрия	
Гиоксизон		Синтомицин мазь	
Дексаметазон		Сорбит	
Диакarb		Стоптусин	
Дротаверин		Сумамед	
Дибазол		Супрастин	
Димедрол		Таблетк. от кашля	
Индометацин		Транексам	
Йод		Тетрациклиновая мазь	
Йокс		Уголь активирован	
Каметон		Фенистил	
Клотримазол		Фервекс	
Корвалол		Фламин	
Крем детский		Фосфалюгель	
Ксилен		Церукал	
Коделак		Цитрамон	
Лоперамид		Эналаприл	
Левомеколь		Эуфилин	

Я ознакомился(ась) со списком лекарственных средств, которые могут быть назначены моему ребёнку в период санаторно-курортного лечения, и даю своё согласие на их использование в случае необходимости.

Дата: _____ 20 ____ г.

_____ Подпись

_____ Расшифровка подписи

ЗАПОЛНЯЕТСЯ РОДИТЕЛЯМИ В ОБЯЗАТЕЛЬНОМ ПОРЯДКЕ ПОЛНОСТЬЮ!

АНКЕТА

ФИО ребёнка _____
Дата рождения и класс _____ Домашний телефон _____
Домашний адрес _____
Сведения о родителях (законных представителях):
ФИО мамы _____
Место работы и должность мамы _____

Рабочий и мобильный телефон мамы _____
ФИО папы _____
Место работы и должность папы _____

Рабочий и мобильный телефон папы _____

Дополнительная информация о ребёнке:

Жалобы по основному диагнозу направления на СКЛ
а) на момент поступления на СКЛ _____

б) в течение болезни _____

Жалобы по сопутствующему диагнозу направления на СКЛ
а) на момент поступления на СКЛ _____

б) в течение болезни _____

Проведенное за последний год амбулаторное и стационарное лечение _____

Перенесенные детские инфекции, операции _____

Ранее полученное санаторно-курортное лечение _____

Наличие аллергических реакций:

- пищевых _____

- медикаментозных _____

- бытовых _____

Сведения для воспитателя об особенностях поведения _____

Наличие полного курса прививок от клещевого энцефалита или страхование от клещевого энцефалита _____

ВАЖНО!!!

Если Ваш ребенок получает противорецидивное лечение, Вам необходимо сообщить об этом лечащему врачу и сдать все лекарства в подписанном пакете медицинскому персоналу, с указанием дозировки, кратности и времени приема, длительности курса.

Лекарственные препараты без четкого письменного назначения врача, без личной печати врача, в нестандартной форме, с повреждённой упаковкой, без указания срока годности

НЕ ПРИНИМАЮТСЯ!

ДОКУМЕНТЫ РЕБЁНКА, ПОДЛЕЖАЩИЕ СДАЧЕ В ПРИЁМНОМ ОТДЕЛЕНИИ:

1. Путевка.
2. Санаторно-курортная карта.
3. Справка об отсутствии контакта с инфекционными больными. Срок действия справки не более 3-х суток на дату заезда в санаторий.
4. Справка от дерматолога(педиатра) об отсутствии заразных заболеваний кожи и волосистой части головы (давностью до 7 дней).
5. Выписка из амбулаторной карты.
6. Копия паспорта (свидетельства о рождении) ребенка.
7. Копия медицинского полиса ребенка.
8. Копия СНИЛС (страховой номер индивидуального лицевого счёта).
9. Копия сертификата о прививках с обязательным указанием реакции Манту.
10. Анкета, информированное согласие и согласие на обработку персональных данных (можно скачать на сайте).

ВНИМАНИЕ!

1. Доводим до сведения родителей, что за оставленные ребёнку ценные вещи (телефоны, планшеты, смартфоны, игровые приставки, музыкальные устройства, ноутбуки, украшения, видео и фотокамеры) и личные деньги, не сданные на хранение –

САНАТОРИЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ НЕ НЕСЁТ,

так как создать полноценные условия хранения в детском учреждении невозможно.

2. В целях соблюдения санаторного режима, исключения посещения сайтов, несущих угрозу физическому и психологическому здоровью, организации активного участия в учебном, лечебном и досуговом процессе, полноценного отдыха и сна, находящихся на санаторно-курортном лечении детей, в период пребывания в санатории пользование телефонами, планшетами, ноутбуками, игровыми приставками и музыкальными устройствами, а также иными электронными средствами связи

ОГРАНИЧЕНО!

При заезде детей на санаторно-курортное лечение все вышеперечисленные устройства сдаются в индивидуальном пакете, подписанные, в выключенном виде дежурному воспитателю и оставляются на хранение в несгораемом шкафу у дежурной медсестры. Выдача детям и пользование телефонами, планшетами, ноутбуками, игровыми приставками и музыкальными устройствами разрешается с 14:30 до 15:30 (местное время), после 15:30 (местного времени) все телефоны, планшеты, ноутбуки, игровые приставки и музыкальные устройства должны быть сданы также в индивидуальном пакете, подписанные, в выключенном виде дежурному воспитателю.

Время пользования телефонами согласовано с режимом дня санатория.

3. Дети, нарушающие распорядок дня и правила пребывания в детском санатории, создающие этим поведением угрозу здоровью или жизни себе и окружающим, подлежат досрочной выписке без компенсации за неиспользованную часть путёвки.

4. Дети, выписывающиеся из санатория без родителей (самостоятельный отъезд) или с сопровождающим, должны иметь доверенность на отъезд, заверенную в установленном порядке

ПРОГУЛКИ ДЕТЕЙ С РОДИТЕЛЯМИ И САМОСТОЯТЕЛЬНО ЗА ПРЕДЕЛАМИ

ТЕРРИТОРИИ САНАТОРИЯ ЗАПРЕЩЕНЫ!

(Основание: приказы от 18 августа 2010 года Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации № 693н, Министерства внутренних дел Российской Федерации № 604, Федеральной службы безопасности Российской Федерации № 403 «Об утверждении инструкции по обеспечению антитеррористической защищенности санаторно-курортных учреждений, приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 5 мая 2016 г. № 279н «Об утверждении Порядка организации санаторно-курортного лечения»).

Я ознакомлен(а) с возможностью посещения ребёнка согласно режиму пребывания в санатории в установленном время и установленные дни.

Я предупреждён(а), что в случае ухудшения эпидемиологической обстановки в регионах, свидания с детьми будут отменены, приём передач осуществляться не будет.

Прогулки и игры на территории санатория проводятся только с воспитателем в хорошую погоду, при наличии у детей одежды и обуви соответствующей сезону!

Законный представитель _____ / _____
подпись _____ расшифровка подписи (Фамилия, инициалы)

Дата «__» _____ 20__ г.

Дополнение к анкете

Ф.И.О. ребенка

Анамнез жизни:

	да	нет
Учет у узких специалистов:		
кардиолог		
эндокринолог		
гастроэнтеролог		
невролог		
в т.ч. (эпилепсия, эписиндром)		
пульмонолог		
ортопед		
психиатр		
Потеря сознания		
Черепно-мозговая травма (дата)		

Травмы	да		вид травмы _____	_____ Г. (месяц,год)
	нет			
Операции	да		вид операции _____	_____ Г. (месяц,год)
	нет			

Перенесенные заболевания за последний год:

ОРВИ _____ раз в год.

Инфекционные заболевания (ветряная оспа _____ гг., мононуклеоз _____ гг.

энтеровирусная инфекция _____ гг., корь _____ гг., краснуха _____ гг.,
коклюш _____ гг.)

Иные заболевания (хронический тонзиллит, артрит, заболевания щитовидной железы, сахарный диабет 1-2 типа, нарушение толерантности к глюкозе, анемия) _____

Аллергическая реакция на(что): _____

	да	нет
Категория "ребёнок- инвалид"		

Анамнез основного заболевания:

Болен с _____ года

	да	нет
Диагноз подтвержден стационарно		

	да (дата)	нет
Стационарное лечение за последний год		

	да	Сколько раз	Последнее (дата)	нет
Обострение основного заболевания за последний год				

	да	нет
Поддерживающая терапия на день заезда		

Список препаратов _____

	да	нет
Наличие выписки от специалиста (назначение препарата, доза, кратность, курс. Целостность упаковки)		

срочно выслать на эл.почту
Info@detsun.ru

Законный представитель:

_____ дата

_____ подпись

_____ расшифровка подписи

ПИСЬМЕННОЕ СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

(заполняется собственноручно)

Я,

_____ фамилия, имя, отчество родителя (опекуна)

Законный представитель ребёнка: _____

_____ фамилия, имя, отчество ребёнка

Адрес (по месту
регистрации)
Паспорт: серия, №
Выдан: орган/дата

в соответствии с требованиями ст. 9 ФЗ от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю своё согласие на обработку уполномоченными должностными лицами ФГБУ ДС «Белокуриха» им. В.В. Петраковой Минздрава России, расположенного по адресу: Алтайский край, г.Белокуриха, улица Славского 14, далее – «Оператор»,

1 - персональных данных, включающих: ФИО, пол, домашний адрес, данные документа удостоверяющего личность, место работы и должность, рабочий, домашний и мобильный телефоны родителей, опекунов, других лиц представляющих интересы ребёнка,

2 – персональных данных, включающих: ФИО ребёнка, пол, дату рождения, место рождения, гражданство, данные документа удостоверяющего личность, образование, адрес проживания, место и дату регистрации, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС, страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС), данных о состоянии здоровья моего ребёнка

_____ фамилия, имя, отчество ребёнка

заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских и иных санаторно-курортных услуг.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными и персональными данными моего ребенка, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение, совершаемые как с использованием средств автоматизации, так и без использования таких средств.

Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, в формы медицинской документации, включения в списки (реестры) и отчетно-учетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) в уполномоченные государственные и муниципальные органы и организации.

Даю согласие на то, что Оператор в ходе своей деятельности может поручать обработку (хранение) персональных данных другому должностному лицу Оператора. При этом обязательным условием поручения обработки персональных данных другому лицу является обязанность сторон по соблюдению конфиденциальности и обеспечению безопасности персональных данных при их обработке. Передача моих персональных данных и данных моего ребенка иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие на обработку персональных данных действует на период санаторно-курортного лечения и может быть отозвано в любое время путем подачи оператору заявления в простой письменной форме.

Персональные данные уничтожаются: по достижению целей обработки персональных данных; при ликвидации или реорганизации оператора; на основании письменного обращения субъекта персональных данных с требованием о прекращении обработки его персональных данных, в сроки, установленные законодательством Российской Федерации для хранения медицинской карты (истории болезни) - двадцать пять лет. В случае отзыва согласия Оператор обязан прекратить их обработку не позднее 30 дней с даты поступления отзыва.

Оператор вправе продолжить обработку персональных данных без согласия субъекта при наличии оснований, указанных в пунктах 2-11 части 1 статьи 6, части 2 статьи 10 и части 2 статьи 11 Федерального закона от 27.07.2006г. № 152-ФЗ «О персональных данных».

Контактный телефон(ы) _____

_____ / _____ / «__» _____ 20__ г.
Подпись / Расшифровка подписи

**Информированное добровольное согласие
на оказание платной медицинской услуги «ТОНЗИЛЛОР»
(низкочастотная ультразвуковая терапия на аппарате «Тонзиллор»)
(при наличии показаний)**

Я, (ФИО) _____,
являюсь законным представителем ФИО ребёнка _____,
года рождения _____, в доступной форме информирован о возможности получения в период санаторно-курортного лечения дополнительных платных медицинских процедур, не включенных в стоимость путёвки, на аппарате «Тонзиллор».

1. Я информирован о том, что этот высокоэффективный метод ведёт к снижению заболеваний, быстрейшему выздоровлению ребёнка, повышает защитные силы организма, значительно улучшает состояние носоглотки, миндалин, аденоидов.

2. Я информирован о показаниях для лечения на аппарате «Тонзиллор»:

- | | |
|--|----------------------------------|
| а) - частые ОРЗ | д) - Хронический фарингит |
| б) - частые ангины (2 и более раз в год) | е) - Гипертрофия небных миндалин |
| в) - Хронический тонзиллит (без ангин) | ж) - Аденоиды |
| с обострениями | г) - Хронический аденоидит |

3. Я информирован о возможных противопоказаниях, осложнениях при лечении на аппарате «Тонзиллор»:

а) - Индивидуальная непереносимость ультразвука б) - Местные аллергические реакции.

4. До моего сведения доведены требования, предусмотренные Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утв. Постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 №736
Я получил всю необходимую информацию о методах, сроках (в т.ч. сроках ожидания) и порядке проведения процедур, рекомендуемом количестве процедур для достижения положительного результата.

Рекомендуемое количество процедур: 8 – 10.

5. Я предупреждён(а) о возможных осложнениях и неблагоприятном воздействии на здоровье неоконченного курса лечения в случае досрочного отъезда или самовольного отказа от процедур.

6. Мне разъяснено право на отказ от указанного вида медицинского вмешательства и его прекращение.

7. Мне разъяснено, что при проведении данной процедуры могут использоваться следующие лекарственные препараты: Лидокаин, Интерферон, Йокс.

8. До моего сведения доведена информация из перечня платных медицинских услуг санатория в отношении данной услуги: Код услуги: А17.25.001. Стоимость одной процедуры – 640 руб., курса из 10 процедур – 6400 руб.

9. Я даю своё согласие на лечение моего ребёнка на аппарате «Тонзиллор».

Дата _____ Подпись _____

**Информированное добровольное согласие
на оказание платной медицинской услуги - очищение кишечника (кишечный мониторинг)
ГИДРОКОЛОНОТЕРАПИЯ
(при наличии показаний)**

Я, (ФИО) _____,
являюсь законным представителем ФИО ребёнка _____,
года рождения _____, в доступной форме информирован о возможности получения в период санаторно-курортного лечения дополнительных платных медицинских процедур, не включенных в стоимость путёвки, путем оздоровления организма, через дозированное лечебное промывание кишечника, с помощью аппарата для проведения гидроколонотерапии.

1. Я информирован о том, что этот высокоэффективный метод ведёт к очищению кишечника и организма в целом от токсинов, аллергенов, шлаков, восстанавливает эвакуаторную функцию кишечника, нормализует микрофлору кишечника, улучшает всасывание питательных веществ, ведёт к снижению заболеваний и быстрейшему выздоровлению ребёнка, повышает защитные силы организма, значительно улучшает состояние кишечника, печени, кожи.

2. Я информирован о показаниях для процедуры гидроколонотерапии:

- | | |
|---|---|
| а) - хронические запоры | г) - бронхиальная астма, аллергический ринит, |
| б) - хронические интоксикации (лекарственные, печёночные, почечные) | аллергический синусит |
| в) - заболевания кожи: аллергический | д) - ожирение |
| | дерматит, псориаз, угревая сыпь |

3. Я информирован о возможных реакциях при проведении гидроколонотерапии:

а) Индивидуальная непереносимость процедуры б) Кратковременное повышение газообразования кишечника

4. До моего сведения доведены требования, предусмотренные Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утв. Постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 №736
Я получил всю необходимую информацию о методах, сроках (в т.ч. сроках ожидания) и порядке проведения процедур, рекомендуемом количестве процедур для достижения положительного результата. **Рекомендуемое количество процедур: 3 – 5.**

5. Я предупреждён(а) о возможных осложнениях и неблагоприятном воздействии на здоровье неоконченного курса лечения в случае досрочного отъезда или самовольного отказа от процедур.

6. Мне разъяснено право на отказ от указанного вида медицинского вмешательства и его прекращение.

7. Мне разъяснено, что при проведении данной процедуры могут использоваться следующие лекарственные препараты: Вазелиновое масло.

8. До моего сведения доведена информация из перечня платных медицинских услуг санатория в отношении данной услуги: Код услуги: А11.18.005. Стоимость одной процедуры – 1700 руб., курса из 3 процедур – 5100 руб.

Я даю своё согласие на проведение моему ребёнку процедуры «Гидроколонотерапии».

Дата _____ Подпись _____

**Список продуктов и напитков,
запрещённых для передачи детям, находящимся на лечении
в ФГБУ ДС «Белокуриха» им. В.В. Петраковой Минздрава России**

На основании СанПиН 2.3/2.4.3590-20 от 27.11.2020г. (приложение № 6) «Санитарно - эпидемиологические требования к организации общественного питания населения»

1. Пищевая продукция без маркировки и (или) с истекшими сроками годности и (или) признаками недоброкачества.
2. Пищевая продукция, не соответствующая требованиям технических регламентов Таможенного союза.
3. Пищевая продукция домашнего (не промышленного) изготовления и продукция общественного питания.
4. **Мясные продукты:** мясо и птица – отварные, жареные, тушёные, сушёные, копчёные, вяленые; пельмени, манты, пироги и блинчики с мясом; сэндвичи, самса, гамбургеры; заливные, студни и холодцы; паштеты из печени и мяса, шашлык.
5. **Колбасные изделия:** колбасы, сосиски, сардельки (варёные, копчёные, жареные).
6. **Рыба и морепродукты:** отварные, жареные, тушёные, сушёные, копчёные, сырые; суши и роллы; рыбные котлеты и рулеты; студни и заливные из рыбы.
7. Жареная во фритюре пищевая продукция (картофель фри, морепродукты, овощи).
8. **Молочные продукты:** молоко, сметана, сливки, творог; кисломолочные продукты собственного изготовления; йогурты в нестандартной упаковке; сырки.
9. **Салаты и винегреты** любого вида; маринованные овощи и фрукты; соусы; майонез; кетчуп; пряности (горчица, хрен, перец); овощи варёные и сырые, уксус.
10. **Грибы** (варёные, жареные, маринованные, солёные) и блюда с их добавлением.
11. **Консервы** мясные, рыбные, овощные; консервированные каши; фрикадельки.
12. **Яйца** (куриные, перепелиные) и блюда с их использованием (омлет, глазунья).
13. **Кондитерские изделия:** торты, пирожные, рулеты с масляным и сливочным кремом, желе, муссы, взбитые сливки, сгущенное молоко, сгущенное какао, карамель, в том числе леденцовая.
14. **Кулинарные изделия:** ватрушки, сочни, беляши, чебуреки, кулебяки, расстегаи, пицца с начинкой из мяса, птицы, рыбы, ливера, яиц, творога.
15. **Напитки:** газированные на основе ароматизаторов и красителей (пепси-кола, кока-кола, спрайт); тонизирующие напитки (в том числе энергетические), питьевая газированная вода; морсы и квас собственного приготовления; кофе, чай.
16. **Фрукты:** экзотические; фрукты плохо поддающиеся обработке (персики, абрикосы); ягода (малина, виктория, земляника, клубника); виноград.
17. **Продукты быстрого приготовления (содержащие искусственные красители, стабилизаторы и консерванты):** супы, каши, лапша; картофельные и кукурузные чипсы; солёные сухарики, снеки.
18. **Орехи, семечки, сухофрукты, ягода сушёная, ягода замороженная, ядро абрикосовой косточки, восточные сладости** (в любом виде).
19. **Арбузы, дыни.**
20. **Мороженое порционное и торты из мороженого.**
21. **Жевательная резинка.**

Я ознакомился(-ась) со списком продуктов и напитков, запрещённых для передачи детям, находящимся на лечении в санатории.

Мне разъяснены последствия наличия у моего ребёнка запрещённых к передаче продуктов, напитков, предметов, веществ. При обнаружении у детей запрещённых скоропортящихся продуктов они уничтожаются. Запрещённые продукты длительного хранения возвращаются законным представителям при выписке, если их хранение возможно в условиях санатория.

Об ответственности за нарушение данных ограничений предупреждён(а).

Дата _____

Подпись _____

ГЛАВНОМУ ВРАЧУ ФГБУ
ДС «БЕЛОКУРИХА»
ИМ. В.В.ПЕТРАКОВОЙ
МИНЗДРАВА РОССИИ
ЮРОВОЙ Е.Г.

ОТ _____

ДОВЕРЕННОСТЬ

Я, _____

проживающий(ая) _____

Паспорт _____ выдан _____

Разрешаю забрать из санатория и доставить до места жительства моего ребенка

находящегося на санаторном лечении с _____ по _____

проживающего на _____ посту,

(фамилия, имя, отчество сопровождающего)

паспорт _____ выдан _____

Ответственность за жизнь и здоровье возлагаю на себя.

Подпись _____ / _____ /

Дата _____

Подпись гр. _____

Заверяю _____ / _____

Должность _____

М.П.

Дата _____

ГЛАВНОМУ ВРАЧУ ФГБУ
ДС «БЕЛОКУРИХА»
ИМ. В.В.ПЕТРАКОВОЙ
МИНЗДРАВА РОССИИ
ЮРОВОЙ Е.Г.

ОТ _____

ДОВЕРЕННОСТЬ

Я, _____

проживающий(ая) _____

Паспорт _____ выдан _____

Разрешаю моему ребенку _____

находившегося на санаторном лечении с _____, по _____ на посту _____,

после окончания лечения самостоятельный выезд из санатория до места жительства

Ответственность за жизнь и здоровье возлагаю на себя.

Подпись _____ / _____ /

Дата _____

Подпись гр. _____

Заверяю _____ / _____

Должность _____

М.П.

Дата _____

Договор № _____
на оказание платных немедицинских услуг
в ФГБУ ДС «Белокуриха» им. В.В. Петраковой Минздрава России

город Белокуриха

« » 2026 г.

Федеральное государственное бюджетное учреждение детский санаторий «Белокуриха» имени В.В. Петраковой Министерства здравоохранения Российской Федерации, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице представителя санатория главного бухгалтера Тырышкиной Л.Н., действующей на основании доверенности от 17.02.2025, и _____, именуемый в дальнейшем «Заказчик», действующий (ая) от своего имени, в интересах несовершеннолетнего _____ заключили настоящий договор (далее – Договор) о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

- 1.1. Заказчик поручает, а Исполнитель принимает на себя обязанности по предоставлению услуг из перечня предлагаемых Исполнителем (Приложение №5) в период с 00.00 – 00.00.2026г. включительно (Приложение №2).
- 1.2. Стоимость предоставляемых услуг определяется в соответствии с действующими на дату заключения договора Прейскурантами.
- 1.3. Исполнитель обязуется оказать услуги лично, либо с привлечением третьих лиц по согласованию с Заказчиком.

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

Заказчик имеет право:

- 2.1. Требовать уважительного отношения к личности Ребёнка и присмотра за ним.
- 2.2. Получать акты Исполнителя в соответствии с Договором.
- 2.3. Делать замечания к Акту оказания услуг Исполнителя. В случае отсутствия замечаний в течение одного дня с момента предоставления акта, он считается принятым и должен быть подписан Заказчиком.
- 2.4. Заказчик вправе отказаться от оказания услуг в любое время. Заказчику в этих случаях возвращается полученная от него оплата за вычетом фактически произведенных расходов, а Договор расторгается.
- 2.5. Дата отказа определяется как момент получения Исполнителем письменного заявления Заказчика. Принятие решения и утверждение суммы возврата денежных средств Заказчику происходит в течение трех рабочих дней.

Исполнитель имеет право:

- 2.6. Получать оплату за оказание услуг по Договору.
 - 2.7. Требовать выполнения условий настоящего Договора.
 - 2.8. Привлекать третьих лиц для исполнения Договора.
 - 2.9. Отказаться от исполнения настоящего договора при условии полного возмещения Заказчику убытков.
- Заказчик обязан:
- 2.10. Своевременно внести плату за оказание Исполнителем услуг.
 - 2.11. Обеспечить постоянный контакт с Заказчиком по телефону, указанному в анкете при заезде, для получения уточняющей информации.
 - 2.12. Возместить документально подтвержденный материальный ущерб, нанесенный Исполнителю или третьим лицам по вине ребёнка.
 - 2.13. Предоставить медицинскую справку о состоянии здоровья Ребёнка в день заезда и предоставить информацию о наличии у Ребёнка аллергии на какие-либо продукты питания или др. Заказчик несёт полную ответственность за достоверность указанных данных ребёнка, информации Анкеты и отсутствие у Ребёнка медицинских противопоказаний (любых заболеваний в остром периоде, инфекционных заболеваний до окончания периода изоляции).

Исполнитель обязан:

2.14. Организовывать деятельность Ребёнка в соответствии с его возрастом, индивидуальными особенностями во время нахождения Ребёнка под присмотром Исполнителя.

2.15. По факту оказания услуг в полном объёме предоставить Заказчику акты об оказанных услугах.

3. ПОРЯДОК ОПЛАТЫ

3.1. Оплата по договору производится наличным или безналичным путем в кассу санатория. Оплата должна быть внесена не позднее дня оказания соответствующей услуги. При отсутствии полной оплаты после этой даты Исполнитель вправе отказаться от своих обязательств по данному договору полностью или частично.

3.2. Моментом исполнения Заказчиком обязательства по оплате услуги считается дата поступления денежных средств от Заказчика средств на банковский счёт или в кассу Исполнителя.

4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

4.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязательств по настоящему Договору Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ.

4.2. Ни одна из Сторон не будет нести ответственности за полное или частичное неисполнение другой Стороной своих обязанностей, если неисполнение будет являться следствием обстоятельств непреодолимой силы, таких как: наводнение, землетрясение, забастовки и другие стихийные бедствия, война и военные действия или другие обстоятельства, находящиеся вне контроля Сторон, препятствующие выполнению настоящего Договора, возникшие после заключения Договора.

4.3. Сторона, для которой сделалось невозможным исполнение обязательств вследствие обстоятельств непреодолимой силы, обязана не позднее 1 (одного) дня с момента их наступления в письменной форме уведомить другую Сторону о наступлении, предполагаемом сроке действия и дате прекращения вышеуказанных обстоятельств.

5. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА. ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА

5.1. Настоящий Договор действует с момента подписания и до отъезда ребенка из санатория, но не позднее истечения 21 календарного дня с даты заезда.

5.2. Любая из Сторон вправе досрочно в одностороннем порядке расторгнуть Договор, уведомив об этом другую Сторону не менее, чем за 1 (один) день до момента расторжения Договора.

5.3. В случае досрочного расторжения договора по инициативе Заказчика, оплата за неполный период оказания услуг по Договору рассчитывается пропорционально предоставленной части услуг за вычетом фактически понесенных расходов.

5.4. Исполнитель вправе досрочно прервать предоставление услуг в случаях:

а) Нарушения Ребёнком правил пребывания (грубое нарушение мер собственной безопасности, нарушение других правил внутреннего распорядка, правил пожарной безопасности, действующего законодательства); нанесения морального ущерба или физического вреда другим участникам; вымогательства, угроз, краж; употребления спиртных напитков, наркотических или сильнодействующих токсических веществ, курения; нанесения значительного материального ущерба территории, на которой проводятся услуги, или другим объектам. Указанные обстоятельства удостоверяются актом, подписанным Исполнителем или его представителем.

б) При обнаружении у Ребёнка медицинских противопоказаний, скрытых Родителями и/или недопустимых для участия в программе (любых заболеваний в остром периоде, инфекционных заболеваний до окончания периода изоляции).

5.5. В случае досрочного прекращения услуги на основании п. 5.4, возврат стоимости неиспользованной части услуг не производится.

6. СОГЛАШЕНИЕ О МЕДИЦИНСКОМ СОПРОВОЖДЕНИИ

6.1. Исполнитель обеспечивает медицинское сопровождение Ребёнка в течение срока исполнения обязательств по данному Договору. В случае необходимости, Ребёнок будет доставлен в ближайшую к месту проведения услуги медицинскую организацию для уточнения диагноза и/или оказания специализированной медицинской помощи.

6.2. Ребёнок допускается к участию в услуге в случае наличия санаторно-курортной карты и справки об отсутствии контактов с инфекционными больными.

6.3. Ребёнок допускается к участию в услуге в случае отсутствия медицинских противопоказаний (любых заболеваний в остром периоде, инфекционных заболеваний до окончания периода изоляции).

6.4. В случае отказа Заказчика от медицинского вмешательства в отношении Ребёнка, Заказчик сам несёт ответственность за ребёнка в период действия настоящего договора.

6.5. Заказчик обязуется предоставить Исполнителю информацию о состоянии здоровья ребенка.

6.6. Исполнитель оставляет за собой право запросить у Заказчика медицинские документы, необходимые для предоставления услуг.

6.7. Исполнитель оставляет за собой право отказать Заказчику в предоставлении Услуги с учётом сложности программы и состояния здоровья Ребёнка.

6.8. Исполнитель оставляет за собой право не допускать Ребёнка к отдельным мероприятиям с учётом состояния здоровья Ребёнка.

Исполнитель не несёт ответственности за проявление и последствия проявлений хронических заболеваний ребёнка, не указанных законными представителями при поступлении ребенка на санаторно-курортное лечение. Подписывая договор, Заказчик берет на себя ответственность за возможные проявления и последствия проявлений этих заболеваний. В случае необходимости Ребёнку будет оказана экстренная помощь и вызвана бригада скорой либо неотложной медицинской помощи.

7. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ

7.1. Стороны договорились считать документы, переданные по почте, электронной почте, а также скан-образы, полученные посредством мессенджеров, Телеграм, VK, имеющими юридическую силу при условии их подписания отправляющей стороной с последующим предоставлением оригиналов до дня отъезда или отправкой по почте.

Все изменения и дополнения к Договору действительны и будут являться его неотъемлемой частью только в том случае, если они составлены в письменном виде и утверждены сторонами.

7.2. Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

7.3. Все споры и разногласия, возникшие в связи с Договором, Стороны будут пытаться разрешить путём переговоров, а в случае не достижения согласия - в судебном порядке в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

Адреса и реквизиты сторон

ИСПОЛНИТЕЛЬ	ЗАКАЗЧИК
ФГБУ ДС «Белокуриха» им. В.В. Петраковой Минздрава России 659900, Алтайский край, г. Белокуриха, ул. Славского 14 УФК по Новосибирской области (ФГБУ ДС «Белокуриха» им. В.В. Петраковой Минздрава России, л/с 20176X01290) ИНН 2203004124 КПП 220301001 Номер счета 03214643000000015104 ЕКС 40102810445370000043 БИК 015004950 Представитель по дов-ти _____ Тырышкина Л.Н	_____ (ф.и.о.) Паспорт серии _____ № _____ когда и кем выдан _____ _____ Место жительства: _____ _____ Тел. _____ Email _____ Подпись _____ / _____

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, _____

(Фамилия, Имя, Отчество родителя, законного представителя)

в соответствии со ст. 9 ФЗ "О персональных данных" от 27.07.2006 № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие ФГБУ ДС «Белокуриха» им. В.В. Петраковой Минздрава России», 659900, Алтайский край, г. Белокуриха, ул. Славского 14 (далее - Оператор) на обработку следующих персональных данных моего ребенка, _____, _____ г.р.

(Фамилия, Имя, Отчество)

- сведения, содержащиеся в документах, удостоверяющих личность: Фамилия, Имя, Отчество, пол, дата рождения, серия и номер свидетельства о рождении (паспорта), когда и кем выдан, место рождения, гражданство, адрес регистрации и проживания, телефон; сведения о родителях (лицах, их заменяющих): Фамилия, Имя, Отчество, место работы, должность, телефон.

Цель обработки персональных данных: обеспечение наиболее полного исполнения образовательным учреждением своих обязанностей, обязательств и компетенций, определенных Федеральным законом "Об образовании", а также принимаемыми в соответствии с ним другими законами и иными нормативно-правовыми актами Российской Федерации в области образования. Действия с персональными данными, которые может совершать Оператор: сбор, систематизация, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, блокирование, обезличивание, уничтожение персональных данных.

Оператор вправе:

- размещать обрабатываемые персональные данные в информационно-телекоммуникационных сетях с целью предоставления доступа к ним ограниченному кругу лиц: учащимся, родителям (законным представителям), а также административным и педагогическим работникам; включать обрабатываемые персональные данные учащегося в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные нормативными документами органов управления образования, регламентирующих предоставление отчетных данных.

Даю согласие на фото и видео съемку своего сына (дочери) в Федеральном государственном бюджетном учреждении детский санаторий «Белокуриха» имени В.В. Петраковой Министерства здравоохранения Российской Федерации, с дальнейшим их использованием для размещения на официальном сайте <https://www.detsun.ru/> ФГБУ ДС «Белокуриха» им. В.В. Петраковой Минздрава России и официальных группах санатория в социальных сетях VK, Телеграм, в том числе, но не ограничиваясь, в целях информирования о реализуемых санаторием дополнительных общеразвивающих программах, иных мероприятиях. Настоящее согласие предоставляется на осуществление любых действий в отношении фото и видео съемки моего сына (дочери), которые необходимы или желаемы для достижения указанных выше целей, включая (без ограничений) сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, фото и видео материалов, а также осуществление любых иных действий с фото и видеоматериалами моего сына (дочери). ФГБУ ДС «Белокуриха» им. В.В. Петраковой Минздрава России гарантирует, что обработка фото и видео материалов осуществляется в соответствии с действующим законодательством РФ. Администрация не несет ответственности за фото-, видеоматериалы, размещаемые в сети Интернет, в том числе, на вышеуказанных ресурсах третьими лицами. Способ обработки персональных данных: ручной, автоматизированный. Настоящее согласие действует до окончания срока действия договора с санаторием, если иное не предусмотрено законодательством РФ. Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку в течение трех рабочих дней, за исключением случаев, когда срок хранения регламентируется другими нормативно-правовыми актами.

_____ (дата)

_____ (подпись)

_____ (расшифровка подписи)

Информированное согласие на денежные расходы ребёнка
в ФГБУ ДС «Белокуриха» им. В.В. Петраковой Минздрава России

Я, _____, являясь
(ФИО полностью родителя, иного законного представителя)
законным представителем _____ года рождения
(Фамилия ребенка полностью, имя)

ознакомлен с тем, что досуговые услуги (в том числе программа «Лидер») в санатории на основании Устава учреждения являются **платными**. Я информирован о проводимых экскурсиях и мастер-классах в период пребывания ребёнка в санатории, которые организованы с учётом возрастных особенностей детей и оплачиваются дополнительно по желанию.

Я **согласен/не согласен** на проведение дополнительных экскурсий и мастер-классов по
(*нужное подчеркнуть*)

желанию моего ребёнка.

Я информирован о том, что в случае заболевания ребёнка экскурсия/мастер-класс отменяется, деньги возвращаются при выписке из санатория законному представителю, либо переносятся на другую дополнительную услугу по желанию ребенка.

Если выбытие ребенка происходит ранее дня отъезда, остаток денежных средств перечисляется на карту.

Остаток неизрасходованных денежных средств прошу перечислить на карту № _____
№ телефона Заказчика: _____ Email _____

Настоящим даю согласие на использование переданных на ответственное хранение (депозит) денежных средств на выбранные мной (моим ребенком) услуги в течение срока пребывания ребенка на санаторно-курортном лечении.

_____ (дата)

_____ (подпись)

_____ (расшифровка подписи)

Наименование услуги (мероприятия)	Отметка об исполнении
Программа "Лидер" (программа психологического сопровождения и творческого развития детей и подростков)	
Курс репетиторских занятий в малой группе	
Индивидуальное репетиторское занятие (1 акад/час)	
Творческие студии:	
Арт Кукла	
Кукла сувенир	
Пряничный сувенир	
Мини- футбол	
Групповая фотосессия	
Мастер-классы:	
Эбру рисование на воде	
Лазертаг	
Гончарное дело	
Роспись по дереву	
Нейрографика	
Дерево счастья	
Стильное украшение из бисера	
Ключница	
VR игра Beat saber	
Украшения из эпоксидной смолы	
Роспись сумки Шоппера	
ЭКО декор из гипса	
Выездные экскурсии:	
Городской музей имени Степана Ивановича Гуляева	
Обзорная экскурсия по городу Белокуриха	
Бирюзовая катунь	
Личные деньги (сдаются кассиру на ответственное хранение)	
Платные медицинские услуги	

Приложение № 2 к договору № ____ от « » 2026 г.
на оказание платных немедицинских услуг

Акт оказанных услуг к договору на оказание платных немедицинских услуг
(программа «Лидер»)

Смета

Наименование услуги	Стоимость	Количество	Итого
Программа "Лидер" (программа психологического сопровождения и творческого развития детей и подростков)	3000	1	3000
Курс репетиторских занятий в малой группе (по школьной программе/ на заезд)	2400	1	2400

город Белокуриха

« ____ » _____ 2026 г.

Федеральное государственное бюджетное учреждение детский санаторий «Белокуриха» имени В.В. Петраковой Министерства здравоохранения Российской Федерации, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице представителя санатория главного бухгалтера Тырышкиной Л.Н, действующей на основании доверенности от 17.02.2025, и _____, именуемый в дальнейшем «Заказчик», действующий (ая) от своего имени, в интересах несовершеннолетнего _____ составили настоящий акт о том, что услуга по организации досуга в рамках программы психологического сопровождения и творческого развития детей и подростков «Лидер» оказана качественно, своевременно, в полном объеме и удовлетворяет условиям договора.

Стоимость услуги составляет _____ рублей, в том числе НДС.

Реквизиты и подписи сторон:

Исполнитель: Представитель по дов-ти _____ Тырышкина Л.Н	Заказчик: _____/_____/_____ (ф.и.о.) (подпись)
---	--

Исполнитель: Представитель по дов-ти _____ Тырышкина Л.Н	Заказчик: _____/_____/_____/_____ (ф.и.о.) (подпись)
---	--

Приложение № 3 к договору № ____ от « » 2026 г.
на оказание платных немедицинских услуг

Акт оказанных услуг к договору на оказание платных немедицинских услуг
(репетиторские занятия)

Акт оказанных услуг к договору на оказание платных немедицинских услуг

город Белокуриха

« ____ » _____ 2026г.

город Белокуриха

« ____ » _____ 2026 г.

Федеральное государственное бюджетное учреждение детский санаторий «Белокуриха» имени В.В. Петраковой Министерства здравоохранения Российской Федерации, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице представителя санатория главного бухгалтера Тырышкиной Л.Н, действующей на основании доверенности от 17.02.2025, и _____, именуемый в дальнейшем «Заказчик», действующий (ая) от своего имени, в интересах несовершеннолетнего _____ составили настоящий акт о том, что следующие виды платных услуг:

Федеральное государственное бюджетное учреждение детский санаторий «Белокуриха» имени В.В. Петраковой Министерства здравоохранения Российской Федерации, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице представителя санатория главного бухгалтера Тырышкиной Л.Н, действующей на основании доверенности от 17.02.2025, и _____, именуемый в дальнейшем «Заказчик», действующий (ая) от своего имени, в интересах несовершеннолетнего _____ составили настоящий акт о том, что услуга «Репетиторские занятия в малой группе» оказана качественно, своевременно, в полном объеме и удовлетворяет условиям договора.

- | | |
|---------------------------------------|---|
| Расходы в рознице | Мастер-класс «Кукла-сувенир» |
| Индивидуальные репетиторские занятия | Мастер-класс «Нейрографика» |
| Студия «Арт Кукла» | Мастер-класс «Дерево счастья» |
| Студия «Пряничный сувенир» | Мастер-класс «Стильное украшение из бисера» |
| Студия «Мини-футбол» | Мастер-класс «Ключница» |
| Групповая фотосессия (формат А5) | Мастер-класс «Команда VR» |
| Мастер-класс «Эбру» рисование на воде | Мастер-класс «Роспись сумки Шоппера» |
| МК Украшение из Эпоксидной Смолы | Выездные экскурсии и концерты |
| Мастер-класс «Гончарное дело» | Мастер-класс «Роспись по дереву» |
| Лазертаг | ЭКО декор из гипса |

Стоимость услуги составляет _____ рублей, в том числе НДС.

оказаны качественно, своевременно, в полном объеме и удовлетворяют условиям договора;
Общая стоимость услуг по договору составляет _____ рублей, в том числе НДС.

Исполнитель: Представитель по дов-ти _____ Тырышкина Л.Н	Заказчик: _____/_____/_____/_____ (ф.и.о.) (подпись)
---	--

Исполнитель: Представитель по дов-ти _____ Тырышкина Л.Н	Заказчик: _____/_____/_____/_____ (ф.и.о.) (подпись)
---	--

4.1. Исполнитель обязуется:

4.1.1. Оказать Потребителю платные медицинские услуги в соответствии с п.1.2 настоящего Договора, качество которых должно соответствовать условиям договора, а при отсутствии в договоре условий об их качестве - требованиям, предъявляемым к услугам соответствующего вида. В случае, если федеральным законом или иными нормативными актами Российской Федерации предусмотрены обязательные требования к качеству медицинских услуг, качество предоставляемых платных медицинских услуг должно соответствовать этим требованиям.

4.1.2. Оказывать медицинские услуги в полном объеме в соответствии с настоящим договором с соблюдением порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи, утвержденных Минздравом России, на основании лицензии на осуществление медицинской деятельности (реквизиты лицензии на осуществление медицинской деятельности, срок ее действия и перечень разрешенных работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, указан в Приложении № 1 к настоящему договору).

4.1.3. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, Исполнитель обязан предупредить об этом Потребителя.

Без согласия Потребителя Исполнитель не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе.

4.1.4. По требованию Потребителя предоставить ему в доступной форме информацию о платных медицинских услугах, содержащую следующие сведения:

- порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи, применяемые при предоставлении платных медицинских услуг;
- информация о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации);
- информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;
- другие сведения, относящиеся к предмету настоящего договора.

4.1.5. Предоставить Потребителю (законному представителю Потребителя) по его требованию и в доступной для него форме информацию:

- о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения;
- об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению;
- копии медицинских документов (выписки из медицинских документов), отражающих состояние здоровья Потребителя после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, без взимания дополнительной платы;
- копию договора с приложениями и дополнительными соглашениями к нему (в случае заключения), справку об оплате медицинских услуг по установленной форме. Запрашиваемые документы предоставляются Потребителю в течение 3 рабочих дней со дня поступления заявления Исполнителю о предоставлении указанных документов. При поступлении заявления от Потребителя на предоставление копий медицинских документов (выписок из медицинских документов) в период нахождения Потребителя на стационарном лечении у Исполнителя, указанные документы предоставляются в течение 1 рабочего дня.

4.1.6. Обеспечить участие квалифицированного медицинского персонала для предоставления услуг по настоящему договору.

4.1.7. Соблюдать установленные законодательством Российской Федерации требования к оформлению и ведению медицинской документации, учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их представления.

4.1.8. Вести учет видов, объемов, стоимости оказанных Потребителю услуг, а также денежных средств, поступивших от Потребителя.

4.1.9. Немедленно извещать Потребителя (законного представителя Потребителя) о невозможности оказания необходимой медицинской помощи по настоящему договору либо о возникших обстоятельствах, которые могут привести к сокращению оказания медицинских услуг, что оформляется соглашением, являющимся неотъемлемой частью настоящего договора.

4.1.10. Предоставлять платные медицинские услуги только при наличии информированного добровольного согласия Потребителя (законного представителя Потребителя), данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан.

4.2. Исполнитель имеет право на получение полной и достоверной информации о состоянии здоровья Потребителя и обстоятельствах, прямым или косвенным образом влияющих на состояние здоровья и результат лечения. Исполнитель не несет ответственности за осложнения или неэффективность лечения, возникшие в результате неисполнения Потребителем (законным представителем Потребителя) назначений, рекомендаций и советов медицинских сотрудников Исполнителя.

4.3. Потребитель (законный представитель Потребителя) обязуется:

4.3.1. Предоставить Исполнителю данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных вне медицинской организации Исполнителя (при их наличии), а также сообщить все известные сведения о состоянии своего здоровья, в том числе об аллергических реакциях на лекарственные средства, о заболеваниях и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения.

4.3.2. Ознакомиться с порядком и условиями предоставления медицинских услуг по настоящему Договору.

4.3.3. Выполнять все медицинские предписания, назначения, рекомендации Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения.

4.3.4. Оплатить стоимость медицинских услуг, предоставленных Исполнителем и указанных в п. 1.1 настоящего договора, в сроки и в порядке, которые определены настоящим Договором.

4.4. Потребитель имеет право:

4.4.1. Получать информацию об Исполнителе и предоставляемых им медицинских услугах.

4.4.2. Отказаться от исполнения настоящего Договора при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных им расходов.

4.5. Потребитель дает свободно, своей волей и в своем интересе согласие на обработку персональных данных, необходимых для исполнения настоящего Договора, а также для защиты его жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов.

5. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ

5.1. Санаторий обязуется хранить в тайне информацию о факте обращения Потребителя за медицинской помощью, состоянии его здоровья, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и оказании медицинских услуг (врачебная тайна).

5.2. С согласия Потребителя или его представителя допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну другим лицам, в том числе должностным лицам, в интересах обследования и лечения Потребителя.

6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

6.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по договору Исполнитель несет ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации.

6.2. Вред, причиненный жизни или здоровью Потребителя в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.

6.3. Исполнитель не несет ответственности за оказание услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим договором, в случаях предоставления Потребителем (законным представителем Потребителя) неполной информации о своем здоровье в соответствии с п. 4.3.1 настоящего договора либо вызванных медицинскими показаниями, а также в случаях, предусмотренных п. 4.3.3. и п. 3.4 настоящего договора.

6.4. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение либо ненадлежащее исполнение своих обязательств по настоящему договору, если это неисполнение явилось следствием форс-мажорных обстоятельств (стихийные бедствия, эпидемии, военные действия, забастовки и т. п.), препятствующих выполнению обязательств по настоящему договору.

7. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА, РАССМОТРЕНИЕ СПОРОВ

7.1. Изменение и расторжение договора возможно по основаниям, указанным в разделе 4 настоящего Договора, а также в соответствии с действующим законодательством и по соглашению между сторонами.

7.2. Споры и разногласия по настоящему договору решаются путем принятия сторонами мер по их урегулированию в досудебном претензионном порядке. Ответ на письменную претензию представляется другой стороной в течение 10 рабочих дней после ее получения.

7.3. При не достижении соглашения споры между сторонами рассматриваются в порядке, установленном действующим законодательством РФ.

8. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

Исполнитель: ФГБУ ДС "БЕЛОКУРИХА" ИМ. В.В. ПЕТРАКОВОЙ МИНЗДРАВА РОССИИ
659900, Алтайский край, г. Белокуриха, ул.Славского. д.14,
Телефон/факс /38577/34315, Свидетельство о постановке на учёт 26 ноября 1997г. серия 22 № 003418411,
ОГРН 1022200536489 выдано МРИ ФНС №3 по АК.
ОКЦ № 1 СибГУ Банка России/УФК по Новосибирской области, г Новосибирск (ФГБУ ДС «Белокуриха»
им. В.В. Петраковой Минздрава России, л/с 20176X01290) ИНН 2203004124 КПП 220301001 Номер счета
03214643000000015104 ЕКС 40102810445370000043 БИК **015004950**

И.о.главного врача _____ Е.Г. Юрова

Заказчик (законный представитель Потребителя):

Ф.И.О. _____

адрес _____

Телефон _____

паспорт: серия _____ № _____, выдан _____

_____/ _____/

(подпись)

(расшифровка подписи)

УВЕДОМЛЕНИЕ

В соответствии с п. 24 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 № 736, настоящим подтверждаю, что до заключения договора о предоставлении мне платных медицинских услуг, уведомлен о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на моем состоянии здоровья.

Заказчик (законный представитель Потребителя): _____ / _____ / Дата _____
(подпись) (расшифровка подписи)

Лицензия №ФС-22-01-001595 от 02 декабря 2016г., выдана территориальным органом Росздравнадзора по Алтайскому краю
Срок действия – бессрочно

Виды деятельности, выполняемые работы, оказываемые услуги, на которые выдана лицензия
При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации сестринского дела, физиотерапии. При оказании медицинской помощи при санаторно-курортном лечении организуются и выполняются работы (услуги) по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий), диетологии, кардиологии, лабораторной диагностике, лечебной физкультуре, медицинской реабилитации, медицинской статистике, медицинскому массажу, неврологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, оториноларингологии (за исключением кохlearной имплантации), педиатрии, психотерапии, пульмонологии, рефлексотерапии, сестринскому делу, гастроэнтерологии, сестринскому делу в педиатрии, стоматологии, ультразвуковой диагностике, управлению сестринской деятельностью, физиотерапии, функциональной диагностике.

Лицензирующий орган:
Территориальный орган Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по Алтайскому краю
Адрес: 656011, Алтайский край, г.Барнаул, пр. Ленина, 145
Тел/факс: (3852) 22-65-48

Приложение №1 к договору об оказании платных медицинских услуг

Смета на оказание платных медицинских услуг

Заказчик (законный представитель Потребителя)/ФИО/ _____

1. В соответствии с условиями договора и полученным информированным добровольным согласием (история болезни № _____), Исполнитель оказывает, Потребитель получает, а Заказчик оплачивает следующие платные медицинские услуги:

№	Код услуги	Дата/период	Наименование медицинских услуг	Количество	Цена за ед. (руб)	Общая сумма (руб.)
Итого:						
Сумма прописью _____ НДС не облагается.						

2. Заказчик оплачивает 100% стоимости услуг по настоящей смете в день подписания договора.
3. Оплата производится безналичным путем на расчетный счет или наличными денежными средствами в кассу Исполнителя.
4. Исполнитель оказывает услуги в соответствии с назначением врача.

Подписи Сторон:

Исполнитель:
ФГБУ ДС «Белокуриха» им.
В.В. Петраковой Минздрава России

Заказчик:

(подпись) / Е.Г. Юрова
(расшифровка подписи)

(подпись) / _____
(расшифровка подписи)

Заявление

Прошу предоставить мне справку об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы Российской Федерации за оказанные медицинские услуги в ФГБУ ДС «Белокуриха» им. В.В. Петраковой Минздрава России. (*- обязательно к заполнению)

*От _____
Фамилия, Имя, Отчество

*Тел.контактный _____ E-mail _____

* Фамилия Имя Отчество налогоплательщика													
*ИНН	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>												
Дата рождения налогоплательщика	____ . ____ . _____												
Документ, удостоверяющий личность	Вид документа _____ Серия _____ Номер _____ Дата выдачи « ____ » . _____ год												
*Налоговый период/год													
Медицинские услуги оказаны	мне, _____ супруге (у) _____ сыну (дочери), _____ матери (отцу)												
*Фамилия Имя Отчество пациента													
*ИНН	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>												
Дата рождения пациента	____ . ____ . _____												
Документ, удостоверяющий личность	Вид документа _____ Серия _____ Номер _____ Дата выдачи « ____ » . _____ год												
Согласованная супругами сумма расходов конкретного супруга, обратившегося за выдачей справки (при оказании медицинских услуг после 01.01.2024 г.) ГОД _____ Сумма расходов на оказанные медицинские услуги _____ руб.													
*На обработку персональных данных согласен (а) <input style="width: 150px; height: 20px;" type="checkbox"/>													
Подписывая настоящее Заявление, Вы подтверждаете, что все персональные данные лиц, указанные в данном Заявлении Вы предоставляете с их добровольного согласия.													
Дата _____	Подпись _____												

Заявление получено _____
Дата подпись Фамилия И.О.

Справка получена _____
Дата подпись Фамилия И.О.

Наименование и адрес медицинской организации
(фамилия, имя, отчество (при наличии)
индивидуального предпринимателя и адрес
осуществления медицинской деятельности)
Основной государственный регистрационный
номер
(Основной государственный регистрационный
номер индивидуального предпринимателя)

Медицинская документация
Учетная форма № 076/у

Санаторно-курортная карта для детей № _____
« ____ » _____ 20 ____ года

Выдается при предъявлении путевки на санаторно-курортное лечение. Без настоящей карты путевка недействительна.

Фамилия, имя, отчество (при наличии) ребенка _____

Дата рождения: « ____ » _____ 20 ____ г. Пол: муж. — 1, жен. — 2

Регистрация по месту жительства: субъект Российской Федерации _____

район _____ населенный пункт _____

улица _____ дом _____ строение/корпус _____ квартира _____ тел. _____

Регистрация по месту пребывания: субъект Российской Федерации _____

район _____ населенный пункт _____

улица _____ дом _____ строение/корпус _____ квартира _____ тел. _____

Образовательная организация: тип _____ № _____ структурное подразделение _____

Полис обязательного медицинского страхования: _____

дата выдачи полиса обязательного медицинского страхования « ____ » _____ 20 ____ г.

данные о страховой медицинской организации, выбранной застрахованным лицом или определенной застрахованному лицу _____

Код субъекта Российской Федерации _____

Климат в месте проживания пациента (код) _____

Климатические факторы в месте проживания _____

Код меры социальной поддержки _____

Сопровождение: да — 1, нет — 2 _____

Документ, подтверждающий право на получение мер социальной поддержки в виде набора социальных услуг:

серия _____ номер _____ дата выдачи « ____ » _____ 20 ____ г.

Страховой номер индивидуального лицевого счета: _____

Нуждаемость в условиях доступной среды: да — 1, нет — 2 _____

линия отреза

Подлежит возврату в медицинскую организацию, выдавшую санаторно-курортную карту

Обратный талон

Наименование санаторно-курортной организации _____

Основной государственный регистрационный номер санаторно-курортной организации _____

Фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента _____

Период санаторно-курортного лечения: с « ____ » _____ 20 ____ г. по « ____ » _____ 20 ____ г.

Диагноз, установленный направившей медицинской организацией:

Основное заболевание _____

код по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем
(далее — МКБ) _____

Осложнения основного заболевания _____ код по МКБ _____

Сопутствующие заболевания: _____ код по МКБ _____

Внешняя причина (при травмах, отравлениях) _____ код по МКБ _____

Заболевание, явившееся причиной инвалидности: _____ код по МКБ _____

Диагноз при выписке из санаторно-курортной организации:

Основное заболевание _____ код по МКБ _____

Сопутствующие заболевания: _____ код по МКБ _____

ОБРАЗЕЦ

Жалобы _____

Анамнез заболевания (включая данные о предшествующем лечении, в том числе санаторно-курортном) _____

Аллергические заболевания (пищевая, лекарственная, бытовая аллергия), аллергические реакции: _____

Проведенные профилактические прививки:

наименование вакцинации: _____ дата: « ____ » _____ 20 ____ г.

наименование вакцинации: _____ дата: « ____ » _____ 20 ____ г.

наименование вакцинации: _____ дата: « ____ » _____ 20 ____ г.

Результаты обследований в целях выявления туберкулеза

наименование исследования _____ дата: « ____ » _____ 20 ____ г.

Данные клинического, лабораторного, рентгенологического и других исследований (даты проведения исследований) _____

Диагноз основного заболевания: _____ код по МКБ _____

Осложнения основного заболевания _____ код по МКБ _____

Внешняя причина при травмах, отравлениях _____ код по МКБ _____

Сопутствующие заболевания: _____ код по МКБ _____

_____ код по МКБ _____

_____ код по МКБ _____

Дополнительные сведения о заболевании _____

Заболевание, явившееся причиной инвалидности: _____ код по МКБ _____

Отсутствие контакта с больными инфекционными заболеваниями _____

Осмотр на педикулез и чесотку _____

Обследование на гельминтозы (энтеробиоз, гименолепидоз) _____

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Наименование санаторно-курортной организации _____

Лечение: в условиях пребывания в санаторно-курортной организации — 1, амбулаторно — 2

Продолжительность курса лечения _____ дней

Путевка № _____

Фамилия, имя, отчество (при наличии) и подпись лица, заполнившего карту _____

Заведующий отделением/председатель врачебной комиссии _____

_____ фамилия, имя, отчество (при наличии) _____ подпись

М. П. (при наличии) _____

_____ линия отреза

Проведено лечение _____

(виды лечения, количество процедур, их переносимость, даты проведения санаторно-курортного лечения)

Эпикриз (включая данные обследования) _____

Результат санаторно-курортного лечения: значительное улучшение — 1, улучшение — 2, без перемен — 3, ухудшение — 4

Наличие обострений, потребовавших отмену процедур: да — 1, нет — 2

Рекомендации по дальнейшему лечению: _____

Контакт с пациентами, больными инфекционными заболеваниями _____

Лечащий врач, должность врача-специалиста _____

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии)) _____ подпись

Главный врач санаторно-курортной организации _____

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии)) _____ подпись

М. П. (при наличии) _____