

ПРАВИЛА ПОСЕЩЕНИЯ МЕДИКО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЦЕНТРА

1. Общие положения

1.1. Настоящие Правила посещения Медико-восстановительного центра (далее - Правила) разработаны в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Приказом Минздрава России от 31.07.2020 № 788н «Об утверждении Порядка организации медицинской реабилитации взрослых» и являются организационно-правовым документом, регламентирующим поведение гражданина во время нахождения в Медико-восстановительном центре, а также иные вопросы, возникающие между участниками правоотношений - гражданином (его представителем) и государственным автономным учреждением «Региональный центр спортивных сооружений Кузбасса», (далее – ГАУ «РЦСС Кузбасса»).

1.2. Термины и определения:

-Исполнитель - ГАУ «РЦСС Кузбасса», в лице Медико-восстановительного центра.

-Пациент-физическое лицо, имеющее намерение/получающее медицинские услуги.

-Заказчик - физическое или юридическое лицо, имеющее намерение заказать или приобрести платные медицинские услуги, либо заказывающее или приобретающее платные медицинские услуги в соответствии с договором в пользу Пациента.

1.3. Настоящие Правила обязательны для персонала и лиц, обратившихся в Медико-восстановительный центр, разработаны в целях создания наиболее благоприятных возможностей оказания Пациентам медицинских услуг надлежащего объема и качества.

1.4. Лечебно-оздоровительные процедуры:массаж ручной/аппаратный; гидромассаж ручной подводный; гидромассаж ручной подводный вакуумный; аппаратные физиопроцедуры (магнитотерапия, лазеротерапия, светолечение, электросон, ударно-волновая терапия, криотерапия, электрофорез, диадинамотерапия и другие); душ Шарко; фитобочка, спа-капсулы: сухая/гидрофузионная назначаются только после предварительного осмотра

Пациента Медико-восстановительного центра врачом – специалистом с соответствующим оформлением медицинской документации: медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях (ф.025/у), анкеты общего состояния здоровья (заполняет пациент собственноручно); картотеки пациентов в электронном виде (далее электронная картотека). Также врач-специалист заполняет журнал регистрации пациентов.

При комплексном лечении пациента несколькими специалистами, каждый врач-специалист заполняет соответствующий бланк-вкладыш (Приложения №20-28) и вклеивает в амбулаторную карту (ф.025/у).

Медицинская сестра, выполняющая процедуры, заполняет журнал учета процедур (ф.№ 029-у) и фиксирует каждую процедуру в карте пациента (ф.№ 044-у), заполнив предварительно лицевую часть формы 044/-у, согласно записи в электронной картотеке (ФИО, возраст, дата назначения, наименование процедуры, количество сеансов, продолжительность, дозировка). Врач - физиотерапевт (специалист) в свою рабочую смену проверяет правильность заполнения формы 044-у и ставит свою подпись.

Администратор Медико-восстановительного центра (либо лицо, уполномоченное в соответствии с должностной инструкцией) оформляет с Заказчиком договор на оказание платных медицинских услуг, берет с Заказчика собственноручно заполненное согласие на обработку персональных данных, информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство; заполняет лицевую часть медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях (ф.025/у).

1.5. Пациент, впервые обращающийся в Медико-восстановительный центр, проходит первичный осмотр у врача-специалиста. Срок действия данного осмотра составляет 6 (шесть) месяцев.

По истечении 6 (шести) месяцев с даты первичного осмотра, Пациенту необходимо пройти повторный осмотр для актуализации медицинской информации и возможности принятия лечебных, лечебно-восстановительных и общеоздоровительных процедур. Администратор выдает пациенту для заполнения бланк- информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство. Врач выдает пациенту анкету общего состояния здоровья для самостоятельного заполнения; после осмотра заполняет бланк-вкладыш в медицинскую карту пациента (Приложения №20-№28) и вклеивает эти документы в медицинскую карту пациента.

1.6. Занятия в зале лечебно-физической культуры (ЛФК), механотерапия, FDM-терапия назначаются только после предварительного осмотра Пациента врачом-специалистом (врачом ЛФК, врачом спортивной медицины,

мануальным терапевтом) с соответствующим оформлением документации, утвержденной п.1.4. настоящих Правил.

1.7. Лечение методом рефлексотерапии назначает врач-специалист (рефлексотерапевт) с соответствующим оформлением медицинской документации, утвержденной п.1.4. настоящих Правил.

1.8. Лечение методом мануальной терапии назначает врач-специалист (мануальный терапевт). с соответствующим оформлением медицинской документации, утвержденной п.1.4. настоящих Правил.

1.9. В целях оказания медицинской услуги надлежащего объема и качества, Пациент в установленном порядке, через администратора, записываются на прием/консультацию к врачам-специалистам (физиотерапевту, терапевту, мануальному терапевту, рефлексотерапевту, врачу ЛФК, врачу спортивной медицины и др.), а также на назначенные специалистами процедуры.

1.10. Программу восстановительного лечения составляет врач – специалист на основании показаний, основного и сопутствующего диагнозов, с учетом противопоказаний.

1.11. Сеансы массажа детям проводятся только после первичной консультации врача-физиотерапевта для определения показаний/противопоказаний и учета особенностей здоровья ребенка.

1.12. Предварительная запись на прием к врачам-специалистам и на процедуры осуществляется при непосредственном обращении Пациента в Медико-восстановительный центр, по телефонам; посредством онлайн записи (через виджеты на сайте ГАУ РЦССК; социальные сети; агрегаторы или мобильные приложения). При первичном обращении на ресепшн, на Пациента заводится медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь, для чего Пациент обязан предъявить удостоверение личности.

Льгота по Прейскуранту платных медицинских услуг предоставляется при предъявлении подтверждающего документа, QR кода с «Единого портала государственных и муниципальных услуг (функций)» «Госуслуги» или сервиса «Цифровой ID» для льготной категории населения: военнослужащим, инвалидам, ветеранам войн, ветеранам труда, пенсионерам, участникам боевых действий, мобилизованным и демобилизованным гражданам и членам их семей; многодетным семьям, школьникам, студентам очной формы обучения.

1.13. Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, является собственностью ГАУ «РЦСС Кузбасса», подлежит хранению в месте ее выдачи и на руки Пациенту не выдается. Самовольный вынос медицинских документов из Медико-восстановительного центра не разрешается.

1.14. Договор на оказание платных медицинских услуг действует весь период оказания услуг в Медико-восстановительном центре.

1.15. Информацию о времени приема врачей-специалистов и процедур с указанием часов приема и номеров кабинетов, Пациент может получить на ресепшн в устной форме, по телефону, на информационных стендах, расположенных в помещениях, либо на сайте ГАУ «РЦСС Кузбасса».

1.16. Медико-восстановительный центр также осуществляет свою деятельность в рамках системы добровольного медицинского страхования (ДМС). Прием пациентов проводится в соответствии с условиями, предусмотренными действующими договорами между ГАУ «РЦСС Кузбасса» и страховыми организациями. Для получения медицинских услуг по полису ДМС, страховая компания направляет на официальный электронный адрес ГАУ «РЦСС Кузбасса» гарантийное письмо, либо предоставляет ГАУ «РЦСС Кузбасса» списки застрахованных лиц, с информацией о каждом застрахованном лице (ФИО), сроке действия его полиса ДМС, а также о сумме, в пределах которой предоставляется медицинская помощь.

2. Правила поведения

2.1. В помещениях Медико-восстановительного центра запрещается:

2.1.1. Нахождение в верхней одежде, без сменной обуви (или бахил).

2.1.2. Курение в здании и помещениях.

2.1.3. Распитие спиртных напитков, употребление наркотических средств, психотропных и токсических веществ.

2.1.4. Появление в состоянии алкогольного, наркотического и токсического опьянения.

2.1.5. Громко разговаривать, бегать, шуметь.

3. Права и обязанности сторон

3.1. При обращении за медицинской услугой в Медико-восстановительный центр Пациент обязан:

3.1.1. Сообщать врачу правдивую и полную информацию о состоянии своего здоровья, перенесенных заболеваниях и ранее проведенном лечении, аллергии на препараты, мази, масла и т.п., а также другие сведения, необходимые для выбора того или иного метода лечения; собственноручно заполнить Анкету общего состояния здоровья (приложение № 19 к настоящим Правилам)

3.1.2. Своевременно информировать врача об изменениях в состоянии здоровья, побочных реакциях от проведенных процедур, осложнениях или иных отклонениях, возникших в процессе лечения.

3.1.3. Своевременно являться на прием к врачу, на процедуру.

3.1.4. Выполнять все медицинские предписания, назначения, рекомендации специалистов, оказывающих медицинские услуги.

3.1.5. Сотрудничать с врачом на всех этапах оказания медицинской услуги.

3.1.6. Оформить в установленном порядке согласие или отказ от передачи информации о состоянии здоровья лицам, которым в интересах пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья, в том числе после его смерти.

3.1.7. Оформить отказ от медицинского вмешательства или дать информированное добровольное согласие на него. В случае отказа от медицинского вмешательства, в оказании услуг, предусмотренных настоящими Правилами, будет отказано.

3.1.8. Соблюдать внутренний распорядок работы ГАУ «РЦСС Кузбасса», тишину, чистоту и порядок.

3.1.9. Уважительно относиться к медицинскому персоналу, проявлять доброжелательное и вежливое отношение к другим клиентам.

3.1.10. Соблюдать правила санитарного и противоэпидемиологического режима, противопожарной безопасности. При обнаружении источников пожара, иных источников, угрожающих общественной безопасности, должен немедленно сообщить об этом персоналу.

3.1.11. При срабатывании пожарной сигнализации прекращается проведение процедуры и по требованию медицинского персонала Медико-восстановительного центра должен немедленно покинуть территорию Медико-восстановительного центра в сопровождении сотрудников или самостоятельно.

3.1.12. Бережно относиться к имуществу ГАУ «РЦСС Кузбасса» и других клиентов.

3.2. Пациент имеет право на:

3.2.1. Получение консультаций врачей-специалистов.

3.2.2. Получение информации о своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья.

3.2.3. Защиту сведений, составляющих врачебную тайну.

3.2.4. Отказ от медицинского вмешательства.

3.2.5. Возмещение вреда, причиненного здоровью при оказании ему медицинской услуги, на основании вступившего в силу решения суда.

3.3. Ответственность заведующего Медико-восстановительным центром

3.3.1. Нарушение лечебно-охранительного, санитарно-противоэпидемиологического режимов и санитарно-гигиенических норм влечет за собой ответственность, установленную законодательством Российской Федерации.

4. Заключительные положения

4.1. ГАУ «РЦСС Кузбасса» предоставляет гражданам платные медицинские услуги в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Федеральным законом от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей», Постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 № 736 "Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации и признании утратившим силу Постановления Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012 г. № 1006".

4.2. Информация о платных видах медицинской помощи и услуг, оказываемых Медико-восстановительным центром, порядок и условия их предоставления, их стоимость размещены на информационных стендах ГАУ «РЦСС Кузбасса», сайте ГАУ «РЦСС Кузбасса».

4.3. Особенности оказания отдельных услуг в Медико-восстановительном центре определены в Приложениях № 1-14 к настоящим Правилам.

*Приложение № 1 к Правилам посещения
Медико-восстановительного центра*

Правила при проведении процедур в гидромассажной ванне

1. Для приема процедуры необходимо иметь

- 1.1. Сменную обувь для мокрых поверхностей.
- 1.2. Купальный костюм/трусы для купания.
- 1.3. При необходимости наденьте шапочку для душа, которую принесли с собой.
- 1.4. Вы можете принести на процедуру удобное для Вас полотенце или воспользоваться полотенцем, которое предоставит Медико-восстановительный центр.
- 1.5. Дети принимаются на процедуру с 14 лет. Посетители с четырнадцатилетнего возраста могут быть допущены к самостоятельному посещению только с письменного согласия родителей или законных представителей опекунов (письменное согласие).

2. Правила поведения при приеме процедуры

- 2.1. Во время проведения любых процедур запрещено пользоваться сотовой связью.
- 2.2. Телефон необходимо оставить с одеждой в режиме «без звука» в гардеробе.

2.3. Во время проведения процедуры, необходимо освободить тело от металлических украшений.

2.4. Медсестра измеряет температуру воды в ванне, уточняет Ваше ощущение комфортности температуры воды.

2.5. Осторожно проходите к месту, где указывает медсестра, держась за края ванны/поручни, опускаетесь в ванну.

2.6. Не торопитесь. Пол в залах водных процедур может быть мокрым, передвигайтесь в помещениях для водных процедур только в специальной обуви на резиновой противоскользящей подошве, будьте осторожными при ходьбе, используйте закрепленные предметы, поручни, ступеньки для спуска в ванну.

2.7. Во время процедуры рекомендуется принять удобное для Вас положение.

2.8. Строго следуйте указаниям врача-специалиста, медицинской сестры.

2.9. О появлении неприятных ощущений, общем ухудшении самочувствия, необходимо срочно сообщить медицинской сестре.

3. Действия после процедуры

3.1. После процедуры хорошо вытрите себя сухим полотенцем.

3.2. Высушите волосы феном.

3.3. Сразу же после процедуры необходимо отдохнуть не менее 30 минут, сидя в холле/комнате отдыха.

3.4. При появлении неприятных ощущений, общем ухудшении самочувствия необходимо срочно обратиться к врачу -специалисту, в его отсутствие - к медицинской сестре.

*Приложение № 2 к Правилам посещения
Медико-восстановительного центра*

Правила посещения купели

1. Общие положения

1.1. Для посещения купели необходимо пройти общий осмотр медицинским работником Медико-восстановительного центра на отсутствие кожных заболеваний и общих противопоказаний (острое инфекционно-вирусное заболевание, обострение хронического заболевания и т.п.)

1.2. Медицинский работник вправе временно отстранить пациента от посещения купели при подозрении у него инфекционного или кожного заболевания до полного выздоровления. Для дальнейшего пользования купелью, пациенту с кожным заболеванием необходимо представить медицинский документ, установленной формы (Справку от врача-дерматовенеролога).

2. Для посещения купели пациенту необходимо иметь

- 2.1. Купальный костюм, шапочку.
- 2.2. Полотенце, мыло и мочалку (мыло и шампуни только в пластиковой таре, не стекло).
- 2.3. Резиновую обувь (с нескользящей поверхностью подошвы).
- 2.4. Перед посещением купели необходимо принять душ с использованием мочалки и мыла.
- 2.5. Перед посещением купели запрещено втирать в кожу кремы и мази.

3. Пациент обязан

3.1.Выполнять все требования, связанные с обеспечением безопасности и соблюдением Правил посещения купели.

3.2.Соблюдать время пребывания в купели, установленное настоящими Правилами и утвержденное Прейскурантом.

3.3.Дети **до семи лет** включительно, к посещению купели **не допускаются**.

3.4.Дети **до четырнадцати лет** могут находиться в купели только под присмотром взрослых. Посетители с четырнадцатилетнего возраста могут быть допущены к самостоятельному посещению только с письменного согласия родителей или законных представителей опекунов (письменное согласие).

3.5.Для посещения купели детьми **до двенадцати лет** включительно необходимо с установленной периодичностью (но не реже **1 раз в 6 мес.**) предоставлять соответствующую **медицинскую справку от врача-педиатра** о состоянии здоровья, подтверждающую отсутствие противопоказаний для занятий плаванием, а также результат анализа на Энтеробиоз (соскоб на яйца глистов).

3.6.При посещении купели с детьми, ответственность за жизнь и здоровье ребенка несет сопровождающий ребенка взрослый (родитель или его законный представитель).

3.7.Во время посещения купели взрослые не должны выпускать детей из поля своего зрения, предварительно объяснив им правила поведения на воде.

3.8.Персонал имеет право контролировать соблюдение клиентами настоящих Правил, делать замечания и не допускать к посещению купели, при нарушении Правил посещения купели.

3.9.За последствия, возникающие в результате нарушения настоящих Правил, администрация ответственности не несёт.

4. В купели запрещено

4.1.Мыться, нырять с бортиков и других окружающих купель конструкций, бегать.

4.2.В воде запрещено: захватывать, топить других людей, нырять навстречу друг другу.

4.3.Приносить стеклянные, режущие, колющие, пачкающие предметы.

4.4.Бросать/лить в воду предметы/жидкости, которые могут испортить качество воды.

4.5. Лицам, находящимся в состоянии измененного сознания (под влиянием алкоголя, наркотических и др. психотропных средств), а также страдающих острыми инфекционными заболеваниями вход в купель запрещен.

*Приложение № 3 к Правилам посещения
Медико-восстановительного центра*

Правила посещения термальной зоны

1. Общие положения

1.1. Для посещения термальной зоны необходимо иметь предназначенную для этого одежду: купальный костюм, купальник (для женщин), плавки (для мужчин).

1.2. Необходимо прибыть не менее, чем за 10 минут до начала процедуры, чтобы успеть переодеться и подготовиться.

1.3. Соблюдайте правила личной гигиены, используйте полотенца и стелите их на скамью.

1.4. Перед посещением термальной зоны обязательно принятие душа.

1.5. Во время нахождения в термальной зоне следует избегать соприкосновения с поверхностью каменки.

1.6. Дети до семи лет включительно, к посещению термальной зоны не допускаются.

1.7. Дети с семи до четырнадцати лет могут находиться в термальной зоне только под присмотром взрослых. Посетители с четырнадцатилетнего возраста могут быть допущены к самостоятельному посещению термальной зоны только с письменного согласия родителей или законных представителей опекунов (письменное согласие).

2. Запрещается

2.1. Пользоваться кремами, сильными парфюмерными ароматами, масками, любыми видами скрабов, краской для волос.

2.2. Самостоятельное регулирование температуры в термальной зоне.

2.3. Наливать в отсек для камней сауны воду и ароматизаторы.

2.4. Накрывать каменку посторонними предметами (полотенцами, купальниками и пр.).

2.5. Нахождение в термальной зоне без верхней части купальника (для женщин).

2.6. Посещение термальной зоны в состоянии алкогольного, наркотического опьянения, а также при наличии остаточных признаков алкогольного опьянения.

2.7. Распитие алкогольных напитков, а также употребление пищи в помещениях.

Правила получения массажа

1. Подготовка к процедуре

1.1. Если у вас есть аллергия на какие-либо средства для массажа или иная аллергия, проконсультируйтесь с массажистом до начала процедуры.

1.2. Необходимо снять ювелирные украшения, которые затрудняют доступ к массируемой поверхности.

1.3. Перед сеансом массажа, для предупреждения неприятных осложнений со стороны кожи, рекомендуется принять душ.

1.4. Не принимайте процедуры натощак или сразу после обильного приема пищи. Лучше проводить процедуры через 1,5 часа после приема пищи.

1.5. О любом недомогании необходимо сообщить медицинскому персоналу до начала процедуры.

1.6. Перед процедурой отключить сотовый телефон или поставить на беззвучный режим.

1.7. Рекомендуется приходить на процедуру массажа на 10 – 15 минут раньше назначенного времени, обеспечив себе возможность переодеться и подготовиться к сеансу.

1.8. Дети принимаются на процедуру с 3-х лет. Пациенты с четырнадцатилетнего возраста могут быть допущены к самостоятельному посещению только с письменного согласия родителей или законных представителей опекунов (письменное согласие).

1.9. Первому сеансу массажа ребенка обязательно предшествует консультация **врача-физиотерапевта** (у ребенка должна быть справка/направление от педиатра, что массаж ребенку показан), это позволит убедиться в отсутствии временных или постоянных противопоказаний; составить персональную программу массажа, подобрать индивидуальный график посещений. **Без первичного осмотра врача-физиотерапевта массаж не проводится.**

2. Проведение процедуры

2.1. В массажном кабинете должна быть абсолютная тишина и только по желанию пациента можно включать музыку.

2.2. Массаж принимают ежедневно или через день в зависимости от возраста и состояния пациента, в указанное по предварительной записи время; возможен подбор индивидуального графика процедур.

2.3. При возникновении неприятных ощущений во время массажа, необходимо сообщить об этом массажисту.

2.4. После завершения процедуры массажа необходимо отдохнуть 10 – 15 минут и желательно принять душ, чтобы смыть остатки массажного масла/крема.

Правила посещения физиотерапевтических процедур

1. Общие положения

1.1. Физиотерапевтическая процедура проводится только по назначению врача-специалиста.

1.2. Перед приемом первой процедуры необходимо внимательно выслушать указания медсестры физиокабинета и соблюдать их на протяжении всего курса лечения.

1.3. В случае появления неприятных ощущений во время приема процедуры (боль, жжение, интенсивное тепло, головокружение и т.д.), необходимо немедленно сообщить об этом медицинской сестре.

1.4. При плохой переносимости пациентом физиотерапевтической процедуры, пациент должен обратиться к медицинской сестре, которая прекратит эту процедуру. Пациент будет осмотрен врачом.

1.5. Перед посещением физиотерапевтического кабинета пациент должен снять с себя все металлические предметы.

1.6. После приема процедуры необходим отдых в течение 20—30 минут.

1.7. Повторный осмотр пациента, при курсовом лечении методом физиотерапии, проводится по потребности (определяет врач-физиотерапевт).

1.8. Пациенты принимаются **на физиопроцедуры с 18 лет.**

2. Запрещается

2.1. Принимать физиолечение в день, после рентгенологического исследования; на фоне повышения температуры тела от 37,2 °С и выше; на фоне подъема АД от 140 мм.рт.ст. и выше.

2.2. Принимать процедуры натошак или сразу после обильной еды. Процедуру лучше принимать через 40 — 60 минут после приема пищи.

2.3. Читать, двигаться и вставать без разрешения медсестры.

2.4. Во избежание поражения электрическим током при приеме процедур электро- и светолечения, категорически запрещается притрагиваться руками и другими частями тела к аппаратам, регулировать дозу самостоятельно, прикасаться к трубам водопровода и радиаторам отопления.

2.5. Пользоваться мобильными телефонами.

2.6. Во время светолечебных процедур пациенту не разрешается самостоятельно менять положение тела, расстояние до лампы, уменьшать или увеличивать время облучения; ни в коем случае нельзя смотреть незащищенными глазами на источник светового излучения.

2.7. В случаях появления после электросветовых процедур на теле в местах воздействия неприятных ощущений, изменений или высыпаний, пациент об этом обязательно должен сообщить медсестре перед проведением очередной процедуры или врачу на приеме.

2.8. Посещение физиотерапевтических процедур в состоянии алкогольного, наркотического опьянения, а также при наличии остаточных признаков алкогольного опьянения.

2.9. Распитие алкогольных напитков, а также употребление пищи в помещениях, где проводятся физиотерапевтические процедуры.

*Приложение № 6 к Правилам посещения
Медико-восстановительного центра*

Правила посещения фитобочки

1. Общие положения

1.1. Процедура оказывается по предварительной записи и после первичного осмотра врачом. Необходимо прибыть за 10-15 минут до начала процедуры, чтобы успеть переодеться и подготовиться.

1.2. Соблюдайте правила личной гигиены, используйте полотенца.

1.3. В фитобочку допускаются пациенты **с 18-летнего возраста.**

2. Запрещается

2.1. Пользоваться кремами, сильными парфюмерными ароматами, масками, любыми видами скрабов, краской для волос.

2.2. Посещение фитобочки в состоянии алкогольного, наркотического опьянения, а также при наличии остаточных признаков алкогольного опьянения.

2.3. Распитие алкогольных напитков, а также употребление пищи в помещениях Медико-восстановительного центра.

2.4. Самостоятельное регулирование оборудования для проведения процедуры.

3. Проведение процедуры

3.1. Перед посещением фитобочки рекомендуется принять душ.

3.2. Процедуру рекомендовано принимать не ранее, чем через 1,5-2 часа после приема пищи.

3.3. Перед процедурой рекомендовано выпить стакан воды, чтобы избежать обезвоживания.

3.4. После процедуры необходимо отдохнуть 20-30 минут и выпить предложенный травяной чай/отвар.

3.5. Курс оздоровительных процедур подбирается индивидуально. Рекомендуется курс из 8-10 процедур с интервалом в 3-5 дней.

Правила посещения соляной комнаты (галотерапия)

1. Общие положения

1.1. Перед посещением соляной комнаты необходимо снять все украшения и **желательно** удалить макияж (при наличии кожных заболеваний это условие обязательно к выполнению).

1.2. На сеанс рекомендовано приходить не ранее, чем через 1 час после еды или физической нагрузки.

1.3. После сеанса рекомендовано 30 минут не есть, не пить, и не выходить из теплого помещения на улицу, если на улице прохладно.

1.4. Рекомендуются не курить за 1 час до сеанса и 2 часа после его проведения.

1.5. Обязательно наличие сменной обуви или бахил.

1.6. В соляную комнату можно проходить только в сопровождении медицинского работника.

1.7. Время начала сеанса фиксировано. Для создания заданной концентрации соли в воздухе двери в соляную комнату закрываются и в течении сеанса не открываются. Если Вы все же не сможете прийти на сеанс в назначенное время, то обязательно предупредите об этом администратора.

1.8. В соляной комнате разрешается пользоваться сотовым телефоном только в бесшумном режиме и только с разрешения медицинского работника.

1.9. Убедительная просьба, перед началом сеанса вынуть и убрать все мелкие предметы из карманов и снять ювелирные украшения. Все, что Вы случайно потеряете, смогут найти маленькие дети.

1.10. Не допускаются на сеанс люди с выраженным запахом пота, парфюма, сигарет и т.п.

1.11. Пациентам с проблемой потоотделения настоятельно просим брать с собой сменную одежду.

1.12. В соляную комнату не допускаются пациенты, которые создают конфликтную ситуацию или находятся с признаками алкогольного, наркотического или токсического опьянения; а так же с остаточными явлениями такого опьянения.

1.13. К процедуре не допускаются лица с явными признаками инфекционной болезни, повышенной температурой и заболеваниями в острой стадии.

1.14. В соляную комнату не разрешается проносить посторонние предметы, сумки, книги, вязание, еду, воду, игрушки и т.д.

1.15. Вход в соляную комнату возможен только без верхней одежды (куртка, пальто, болоньевые штаны и т.п.) и только в чистой, предпочтительно хлопчатобумажной одежде.

1.16. В связи с соляным покрытием на полу запрещено проходить в одежде, на которой присутствуют стразы, пайетки, бусинки и т.д.

1.17. Сеанс галотерапии, это не индивидуальная процедура, во время сеанса, при необходимости, в соляную комнату могут подойти другие пациенты.

2. Правила дыхания во время процедуры

2.1. При лечении ЛОР-заболеваний дышать в соляной комнате нужно носом.

2.2. При заболеваниях верхних дыхательных путей нужно делать медленный глубокий вдох, затем задерживать дыхание на несколько секунд, после чего должен следовать такой же медленный выдох.

2.3. Ожидаемый оздоровительный эффект наступает в случае, если сеансы проводятся регулярно, перерыв возможен не более, чем на 1-2 дня. Курс оздоровления может составлять 10-15 процедур.

2.4. Следует понимать, что при действии первых процедур, у больных бронхиальной астмой или хроническим бронхитом, могут участиться астматические приступы, усилиться кашель, увеличиться количество сухих хрипов в легких, снизиться проходимость легких. Однако, как правило, через несколько дней эти явления исчезнут, и наступит заметное улучшение.

3. Поведение ребенка во время сеанса

3.1. Дети допускаются в соляную комнату с 3-х летнего и только в сопровождении взрослого (родителя или уполномоченного представителя).

3.2. Детям рекомендуется посетить туалет до начала сеанса (в индивидуальных случаях, ребенок должен быть в подгузнике).

3.3. Запрещено вести активные и шумные игры. Если дети шумят, капризничают и плачут, то просим родителей отвлечь ребенка, либо вывести его из комнаты и успокоить, чтобы не мешать другим посетителям.

3.4. Желательно, чтобы ребенок не спал на процедуре. Во время сна дыхание человека становится более поверхностным и ионы соли не способны проникать в организм в достаточном количестве, поэтому желаемого оздоровительного эффекта можно не достичь.

3.5. Взрослые должны внимательно смотреть за своими детьми и не разрешать им кидаться солью, тереть глаза руками, чтобы соль не попала в глаза. При попадании - обязательно промыть глаза чистой водой.

3.6. Нельзя разрешать детям лежать на соли, закапывать себя, сгребать всю соль в одну большую кучу, а также бегать по комнате. Концентрация соли из-за активных игр увеличивается, а также соль может попасть в глаза, как Вашему ребенку, так и другим посетителям.

3.7. Нельзя вставать на кресло ногами, передвигать кресло без разрешения медицинского работника, рисовать на мебели и стенах.

4. Запрещено во время сеанса галотерапии

4.1. Громко разговаривать в присутствии других людей.

4.2. Брать с собой еду, напитки, жевательную резинку.

4.3. Пачкать сиденья, кидаться солью, портить декоративное покрытие на стенах.

4.4.Разговаривать по мобильному телефону, а также выходить, чтобы поговорить по телефону.

4.5.Открывать двери без острой необходимости. Во время сеанса открывание дверей ведет к уменьшению концентрации соляного аэрозоля.

*Приложение № 8 к Правилам посещения
Медико-восстановительного центра*

Правила посещения СПА-капсулы

1. Общие положения

1.1. Перед процедурой требуется консультация врача-специалиста, чтобы исключить противопоказания.

1.2. Процедуры оказываются по предварительной записи. Необходимо прибыть за 15 минут до начала процедуры, чтобы успеть переодеться и подготовиться. Необходимо снять все украшения. В гидрофузионной капсуле необходимо использовать одноразовую шапочку для волос.

1.3. Соблюдайте правила личной гигиены, используйте полотенца.

1.4. Перед началом процедуры в гидрофузионной капсуле, медицинская сестра проводит активацию капсулы (программа «Предварительная подготовка» для автоматического нагрева, набора воды и заполнения паром). Администратор и медсестра физиотерапии, проводящая процедуру гидрофузионной капсулы, должны учитывать время на активацию капсулы: если пациент приходит планово -подготовиться заранее ко времени процедуры; если пациент пришел в моменте, то необходимо проговорить вопрос о запасе времени на активацию капсулы.

1.5. В спа-капсулу допускаются пациенты **с 18-летнего возраста.**

2. Запрещается

2.1. Пользоваться кремами, сильными парфюмерными ароматами, масками, любыми видами скрабов, краской для волос.

2.2. Посещение СПА-капсулы в состоянии алкогольного, наркотического опьянения, а также с остаточными признаками алкогольного опьянения.

2.3. Распитие алкогольных напитков, а также употребление пищи в помещениях.

Правила посещения криокапсулы

1. Общие положения

1.1. Перед процедурой требуется консультация врача-специалиста. Учитывается состояние человека, хронические заболевания, рассчитываются продолжительность и количество сеансов.

1.2. Процедуры оказываются по предварительной записи. Необходимо прибыть за 15 минут до начала процедуры, чтобы успеть переодеться и подготовиться.

1.3. Для максимального доступа охлажденного газа к телу, оно должно быть обнаженным, поэтому мужчины проходят сеанс в плавках, а женщины – в купальниках.

1.4. Руки и ноги защищаются от обморожения шерстяными носками и перчатками.

1.5. Головной убор не требуется, так как доступ газа к голове закрыт.

1.6. Украшения из драгоценных металлов разрешается не снимать, бижутерию из пластика, дерева, кожи оставляют вне кабины.

1.7. Процедура проходит в присутствии медсестры. После завершения следует внимательно следить за ощущениями: вначале тело становится красным, спустя 10 минут начинает возвращаться тепло.

1.8. Терапию низкими температурами нельзя проводить по своему усмотрению. Врачами разработана специальная программа адаптации к низким температурам, направленная на получение положительных результатов с учетом возможностей организма.

1.9. Допускается повторять курс не более 2 раз в год.

1.10. В крио-капсулу допускаются пациенты **с 18-летнего возраста.**

2. Запрещается

2.1. Пользоваться кремами, сильными парфюмерными ароматами, масками, любыми видами скрабов, краской для волос.

2.2. Посещение криокапсулы в состоянии алкогольного, наркотического опьянения, а также с остаточными признаками алкогольного опьянения.

2.3. Распитие алкогольных напитков, а также употребление пищи в помещениях Медико-восстановительного центра.

Правила посещения лечебных душей

1. Общие положения

1.1. Перед процедурой требуется консультация врача-специалиста. Имеются противопоказания.

1.2. Процедуры оказываются по предварительной записи. Необходимо прибыть за 15 минут до начала процедуры, чтобы успеть переодеться и подготовиться.

1.3. Соблюдайте правила личной гигиены, используйте полотенца.

1.4. Запрещается самостоятельное регулирование оборудования для проведения процедуры.

1.5. Посещение лечебных душей (душ Шарко) разрешено с 18 летнего возраста.

2. Запрещается

2.1. Пользоваться кремами, сильными парфюмерными ароматами, масками, любыми видами скрабов, краской для волос.

2.2. Посещение лечебных душей в состоянии алкогольного, наркотического опьянения, а также с остаточными признаками алкогольного опьянения.

2.3. Распитие алкогольных напитков, а также употребление пищи в помещениях Медико-восстановительного центра.

*Приложение № 11 к Правилам посещения
Медико-восстановительного центра*

Правила посещения зала лечебной физкультуры (зал ЛФК)

1. Общие положения

1.1. При посещении зала ЛФК необходимо иметь при себе удобную спортивную одежду, спортивную обувь с резиновой нескользящей подошвой, чистые носки, полотенце.

1.2. Занятия проводятся по предварительной записи.

Необходимо прибыть за 15 минут до начала занятия, чтобы успеть переодеться и подготовиться.

1.3. Соблюдайте правила личной гигиены, используйте полотенца.

1.4. Снимите с себя предметы, представляющие опасность при занятиях (часы, браслеты, висячие серьги и т.п.), уберите из карманов твердые, колющие и другие посторонние предметы.

1.5. В случаях плохого самочувствия, выраженного болевого синдрома, недомогания перед занятием - сообщите об этом врачу/инструктору ЛФК.

1.6. Самостоятельно убирайте за собой спортивный инвентарь после его использования на специально отведенные места.

1.7. Перед групповым занятием переведите телефон на беззвучный режим.

1.8. Во избежание травм, строго следуйте рекомендациям инструктора в зале ЛФК. Внимательно соблюдайте технику безопасности и правила эксплуатации оборудования.

1.9. Следите, чтобы длинные и свободные детали одежды, шнурки, полотенца не попадали на движущиеся части тренажеров.

1.10. Принимать пищу следует не позднее чем за два часа до занятия и не ранее чем через час после окончания занятий. В день посещения занятий рекомендуется отказаться от приема алкоголя и курения.

1.11. Посещение зала лечебной физкультуры детьми 3-14 лет разрешено только в сопровождении взрослых (родителей, законных представителей, тренера).

2. Запрещается

2.1. Пользоваться парфюмерной продукцией с сильными ароматами.

2.2. Посещение зала ЛФК в состоянии алкогольного, наркотического опьянения, а также с остаточными признаками алкогольного опьянения.

2.3. Распитие алкогольных напитков, а также употребление пищи в зале ЛФК.

*Приложение № 12 к Правилам посещения
Медико-восстановительного центра*

Правила посещения кабинета механотерапии

1. Общие положения

1.1. При посещении кабинета механотерапии необходимо иметь при себе удобную спортивную одежду, спортивную обувь с резиновой нескользящей подошвой, чистые носки, полотенце.

1.2. Процедуры проводятся по предварительной записи. Необходимо прибыть за 15 минут до начала процедуры, чтобы успеть переодеться и подготовиться.

1.3. Соблюдайте правила личной гигиены, используйте полотенца.

1.4. Снимите с себя предметы, представляющие опасность при занятиях (часы, браслеты, висячие серьги и т.п.), уберите из карманов твердые, колющие и другие посторонние предметы.

1.5. В случаях плохого самочувствия, выраженного болевого синдрома, недомогания перед занятием - сообщите об этом врачу/инструктору ЛФК.

1.6. Во избежание травм строго следуйте рекомендациям врача/инструктора в кабинете механотерапии. Внимательно соблюдайте технику безопасности и правила эксплуатации оборудования.

1.7. Следите, чтобы длинные и свободные детали одежды, шнурки, полотенца не попадали на движущиеся части тренажеров.

1.8. Принимать пищу следует не позднее чем за два часа до занятия и не ранее чем через час после окончания занятий. В день посещения процедуры рекомендуется отказаться от приема алкоголя и курения.

1.9. Посещение кабинета механотерапии с **12-14 летнего** возраста (зависит от роста ребенка и возможности настроить аппарат на определенные размеры) только в сопровождении взрослых.

1.10. В случае обнаружения неисправностей (надрыв троса, механические повреждения, дефект крепления) сообщите об этом инструктору/врачу ЛФК. При поломке или порче спортивного инвентаря прекратите занятия и сообщите об этом инструктору/врачу ЛФК.

2. Запрещается

2.1. Пользоваться парфюмерной продукцией с сильными ароматами.

2.2. Посещение кабинета механотерапии в состоянии алкогольного, наркотического опьянения, а также с остаточными признаками алкогольного опьянения.

2.3. Распитие алкогольных напитков, а также употребление пищи в помещениях Медико-восстановительного центра.

*Приложение № 13 к Правилам посещения
Медико-восстановительного центра*

Правила посещения кабинета мануальной терапии

1. Общие положения

1.1. Мануальная терапия – это комплекс методов ручного воздействия на анатомические структуры организма. Показана для устранения мышечных блоков, нарушений в работе опорно-двигательной системы, применяется в лечебных целях и в реабилитационном периоде после травм.

1.2. Мануальный терапевт – это врач с высшим медицинским образованием и специализацией в неврологии или ортопедии.

1.3. Основная задача первичной консультации мануального терапевта – выявить жалобы, проанализировать анамнез, осмотреть пациента; определить методику ведения пациента, количество необходимых лечебных сеансов, технику воздействия на проблемные структуры опорно-двигательной системы.

1.4. Сеансы могут проводиться с промежутком 1–7 дней.

1.5. Сеансы мануальной терапии могут сочетаться с другими процедурами (рефлексотерапией, водными процедурами, ЛФК, массажем).

1.6. Сеансы проводятся по предварительной записи. Необходимо прибыть за 15 минут до начала процедуры, чтобы успеть переодеться и подготовиться.

1.7. Рекомендуется принести результаты ранее проводимой диагностики (если таковые проводились, например МРТ, КТ, рентген), заключения обследований другими специалистами.

1.8. О невозможности посетить процедуру, необходимо заранее информировать администратора Медико-восстановительного центра.

1.9. Принимаются на консультации и лечение **пациенты с 18 лет.**

2. Подготовка к посещению врача:

2.1. За 2 часа перед посещением специалиста не рекомендуется употреблять пищу.

2.2. Выполнить гигиенические процедуры (принять душ).

2.3. Очистить кишечник, опорожнить мочевой пузырь.

3. Запрещается

3.1. Пользоваться парфюмерной продукцией с сильными ароматами.

3.2. Посещение кабинета мануальной терапии в состоянии алкогольного, наркотического опьянения, а также с остаточными признаками алкогольного опьянения.

3.3. Пользоваться сотовым телефоном (отключите его или поставьте на беззвучный режим).

*Приложение № 14 к Правилам посещения
Медико-восстановительного центра*

Правила посещения кабинета рефлексотерапии

1. Общие положения

1.1. Рефлексотерапия – комплекс приемов посредством воздействия на биологически активные точки, в результате чего происходит мобилизация собственных ресурсов организма.

1.2. Врач рефлексотерапевт – это врач с высшим медицинским образованием и специализацией по рефлексотерапии.

1.3. Сеансы назначают ежедневно или через день. Решение принимает врач.

1.4. Курс может состоять из 7-10 процедур. Обычно проводят 1-3 курса с перерывами между ними 7-20 дней.

1.5. Рекомендуется проходить процедуры после легкого приема пищи или через 1 час после еды.

1.6. Рекомендуется предварительно выполнить гигиенические процедуры (принять душ).

1.7. Важно принести результаты ранее проводимой диагностики (если таковые проводились), заключения обследований другими специалистами.

1.8. После процедуры необходим отдых в течение 15 -20 минут.

1.9. О невозможности посетить процедуру, необходимо заранее информировать администратора Медико-восстановительного центра.

1.10. Принимаются на консультацию и лечение **пациенты с 18 лет.**

2. Запрещается

2.1. Пользоваться парфюмерной продукцией с сильными ароматами.

2.2. Посещение кабинета рефлексотерапии в состоянии алкогольного, наркотического опьянения, а также с остаточными признаками алкогольного опьянения.

2.3. Пользоваться сотовым телефоном (отключите его или поставьте на беззвучный режим).

*Приложение № 15 к Правилам посещения
Медико-восстановительного центра*

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, _____

_____,
(ФИО гражданина, либо законного представителя)

" ____ " _____ г. рождения,
(дата рождения гражданина либо законного представителя)

(адрес регистрации гражданина либо законного представителя)
проживающий по адресу:

(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

В ОТНОШЕНИИ

(ФИО пациента при подписании согласия законным представителем)
" ____ " _____ г. рождения, проживающего по адресу:
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

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 № 390н (далее – виды медицинских вмешательств,

включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

В _____

(полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником

(должность, ФИО 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, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Мне разъяснено, что несоблюдение указаний (рекомендаций) 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 состоянии моего здоровья.

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 № 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:

(ФИО гражданина, контактный телефон)

(ФИО гражданина, контактный телефон)

(подпись)

(ФИО гражданина или его законного представителя, телефон)

(подпись)

(ФИО медицинского работника)

" ____ " ____ Г.

Приложение № 16 к Правилам посещения
Медико-восстановительного центра

Отказ от медицинского вмешательства

Я, _____ " ____ Г.
рождения,
(ФИО и дата рождения гражданина либо законного представителя)
зарегистрированный по адресу:

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)
в отношении _____ " ____ Г.
рождения,
(ФИО пациента и дата рождения при подписании отказа законным представителем)
при оказании мне (представляемому лицу) первичной медико-санитарной
помощи в

(полное наименование медицинской организации)
отказываюсь от следующих видов медицинских вмешательств,
включенных 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 № 390н:

(наименование вида (видов) медицинского вмешательства)
Медицинским работником

(должность, ФИО медицинского работника)
в доступной для меня форме мне разъяснены возможные последствия
отказа от вышеуказанных видов медицинских вмешательств, в том числе
вероятность развития осложнений заболевания (состояния)

(указываются возможные последствия отказа от вышеуказанного (вышеуказанных) вида (видов)
медицинского вмешательства, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния))

Мне разъяснено, что при возникновении необходимости в
осуществлении одного или нескольких видов медицинских вмешательств, в
отношении которых оформлен настоящий отказ, я имею право оформить
информированное добровольное согласие на такой (такие) вид (виды)
медицинского вмешательства.

(подпись)

(ФИО гражданина или законного
представителя гражданина)

(подпись)

(ФИО медицинского работника)

" ____ Г.

*Приложение № 17 к Правилам посещения
Медико-восстановительного центра*

СОГЛАСИЕ

на обработку персональных данных

Я, _____,

Паспорт серии _____ № _____, выдан (когда, кем) _____,

зарегистрирован (-а) по адресу: _____,

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 18 лет, или недееспособных граждан:

Я, _____,

Паспорт серии _____ № _____, выдан (когда, кем) _____,

зарегистрирован (-а) по адресу: _____,

действующий на основании: _____

(реквизиты доверенности или иного документа подтверждающие полномочия представителя)

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

(Ф.И.О. несовершеннолетнего или недееспособного гражданина – полностью)

"__" "__" 20__ года рождения, паспорт (свидетельство о рождении) серии _____ № _____
выдан (когда, кем) _____

зарегистрированного по адресу: _____

именуемый в дальнейшем «Субъект персональных данных» свободно, своей волей и в своем интересе даю согласие уполномоченным должностным лицам государственного автономного учреждения «Региональный центр спортивных сооружений Кузбасса» (ГАУ «РЦСС Кузбасса») (далее – Оператор) на обработку моих персональных данных, **включающих фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, паспортные данные, адрес места жительства, контактный телефон, адрес электронной почты, данные полисов обязательного медицинского и добровольного медицинского страхования, данные о состоянии моего здоровья, данные о перенесенных мной заболеваниях и персональных данных моего ребенка или недееспособного гражданина представителем которого я являюсь, включающих фамилию, имя, отчество, дату рождения, пол, адрес места жительства, данные полисов обязательного медицинского и добровольного медицинского страхования, данные о состоянии здоровья ребенка и перенесённых им заболеваниях.**

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными и данными ребенка или недееспособного гражданина представителем которого я являюсь, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), блокирование, удаление, уничтожение, совершаемые с использованием средств как автоматизированной, так и неавтоматизированной, либо смешанной обработки.

Персональные данные собираются, обрабатываются и хранятся исключительно с целью заключения, исполнения и прекращения гражданско-правовых договоров, а также для их внесения в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетно-учетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) в уполномоченные государственные и муниципальные органы и организации.

Также даю свое согласие, на передачу моих персональных данных, в случае оказания услуг по Добровольному медицинскому страхованию, Акционерному обществу «АльфаСтрахование», САО «ВСК» в целях проведения медико-экономического контроля и медико-экономической экспертизы. При этом обязательным условием поручения обработки персональных данных другому лицу является обязанность сторон по соблюдению конфиденциальности и обеспечению безопасности персональных данных при их обработке.

Срок действия настоящего согласия на обработку персональных данных начинается с даты его предоставления Оператору и прекращается через 50 лет с даты его предоставления, а также по получении отзыва согласия на обработку персональных данных или исключения Оператора из Единого государственного реестра юридических лиц.

Настоящее согласие может быть отозвано путем направления Оператору соответствующего письменного уведомления на адрес: 650066, г. Кемерово, проспект Притомский, зд. 12 или по электронной почте gcssk@yandex.ru с пометкой «Отзыв согласия на обработку персональных данных».

В этом случае Оператор прекращает обработку персональных данных, а персональные данные подлежат уничтожению, если отсутствуют иные правовые основания для обработки, установленные законодательством Российской Федерации.

подпись

ФИО

() число, месяц, год)

Подпись Оператора _____ / _____ /

Договор на оказание платных медицинских услуг

г. Кемерово

«___» _____ 20__ г.

Гражданин(ка)

_____ являющийся(аяся) _____ законным _____ представителем

_____ г.р.

(заполняется при необходимости, на несовершеннолетнего ребенка)

именуемый (ая) в дальнейшем «Заказчик» с одной стороны, и государственное автономное учреждение «Региональный центр спортивных сооружений Кузбасса», действующее на основании лицензии ЛО41-01161-42/00551826 от 29.12.2021 (выдана Министерством здравоохранения Кузбасса), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице

действующего на основании _____, с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем.

1. Предмет договора

1.1. В соответствии с настоящим договором Исполнитель обязуется оказывать, а Заказчик обязуется оплачивать услуги, предусмотренные прейскурантом ГАУ «РЦСС Кузбасса», действующим на момент обращения в Медико-восстановительный центр. Перечень и стоимость услуг указывается в документе на оплату.

1.2. Исполнитель, при каждом обращении, доводит до сведения Заказчика Перечень предоставляемых услуг, стоимость и порядок их предоставления, действующие на день обращения.

1.3. Заказчик уведомлен, что после оказания медицинских услуг, указанных в пункте 1.1. настоящего договора, для него могут наступить возможные негативные последствия, связанные с индивидуальной реакцией организма на проводимые процедуры.

1.4. Заказчик уведомлен, что несоблюдение указаний (рекомендаций) 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 состоянии его здоровья.

2. Права и обязанности сторон

2.1. Права Исполнителя:

2.1.1. Исполнитель вправе самостоятельно определять объем лечения и необходимых действий для оказания медицинских услуг.

2.1.2. Исполнитель вправе, с уведомлением Заказчика, вносить изменение в лечение и провести дополнительное специализированное лечение.

2.1.3. Исполнитель вправе оказывать медицинские услуги, в соответствии с Лицензией, согласно прейскуранту платных медицинских услуг. Перечень услуг может изменяться с согласия Заказчика в процессе их получения.

2.2. Обязанности Исполнителя:

2.2.1 Исполнитель принимает на себя обязательство оказывать услуги, указанные в п. 1.1. настоящего договора:

- в соответствии с требованиями, предъявляемыми к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации;

- в срок, установленный для оказания соответствующего вида услуг.

2.2.2. Исполнитель обязан предоставлять Заказчику информацию о ходе оказания медицинских услуг в понятной и доступной форме.

2.2.3. Исполнитель обязуется сохранять конфиденциальность информации, которая стала ему известна в процессе оказания услуг Заказчику, руководствуясь положениями о врачебной тайне.

2.3. Права Заказчика:

2.3.1. Заказчик вправе требовать от Исполнителя надлежащего качества предоставляемых медицинских услуг.

2.3.2. Заказчик имеет право отказаться от медицинских услуг по настоящему договору и получить обратно уплаченную сумму с возмещением Исполнителю фактических понесенных им расходов, связанных с оказанием услуг.

2.4. Обязанности Заказчика:

2.4.1. Заказчик/пациент обязан до оказания ему медицинских услуг информировать врача о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакций, противопоказаниях.

2.4.2. Заказчик/пациент обязуется выполнять все рекомендации медицинского персонала и третьих лиц, оказывающих ему по договору медицинские услуги, в том числе те рекомендации, которые необходимо соблюдать после оказания услуг.

3. Стоимость услуг и порядок платежей

3.1. Стоимость оказываемых услуг по настоящему договору определяется действующим на момент получения услуги прейскурантом, утвержденным в ГАУ «РЦСС Кузбасса».

3.2. Оплата услуг осуществляется Заказчиком в порядке 100%-ной предоплаты до получения услуг, указанных в п. 1.1. настоящего договора, путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя или по безналичному расчету путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя; через специальный терминал с использованием банковских карт, смартфонов или других устройств.

4. Ответственность сторон

4.1. В случае неоплаты Заказчиком стоимости медицинских услуг на условиях, указанных в разд. 3 настоящего договора, Исполнитель имеет право отказать Заказчику в оказании услуги, до оплаты последним ее стоимости.

4.2. Исполнитель освобождается от ответственности за результаты оказания медицинских услуг в случае, если докажет, что вред возник вследствие непреодолимой силы, или нарушения Заказчиком установленных рекомендаций по лечению и иных неправомерных действий в соответствии с действующим законодательством РФ.

4.3. Заказчик вправе предъявлять требования о возмещении убытков, причиненных неисполнением или ненадлежащим исполнением условий договора, возмещении ущерба в случае причинения вреда здоровью и жизни, а также о компенсации за причинение морального вреда в соответствии с законодательством РФ.

4.4. В случае возникновения споров по вопросам, предусмотренным настоящим договором или в связи с ним, стороны примут все меры к разрешению их путем переговоров. Споры, не урегулированные в порядке, предусмотренном настоящим договором, подлежат разрешению в суде в соответствии с действующим законодательством.

4.5. В остальных случаях стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ.

5.Срок действия договора

5.1. Настоящий договор вступает в силу с момента подписания и действует до полного исполнения обязательств сторонами по настоящему договору.

5.2. Любые изменения и дополнения к настоящему договору должны быть составлены в письменной форме и подписаны сторонами либо их уполномоченными представителями.

5.3. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из сторон.

6. Реквизиты сторон

Исполнитель:	Заказчик:
ОГРН 1194205014739 Юридический адрес 650066, г. Кемерово, пр-кт Притомский, зд. 12. Почтовый адрес 650066 г. Кемерово, пр-кт Притомский, зд. 12. № телефона 8(384-2) 58-89-99 Email: rcssk@yandex.ru Банковские реквизиты: ИНН 4205382140, КПП 420501001, Платательщик: МИНИСТЕРСТВО ФИНАНСОВ КУЗБАССА (ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ «РЕГИОНАЛЬНЫЙ ЦЕНТР СПОРТИВНЫХ СООРУЖЕНИЙ КУЗБАССА», л/с 30396Б07290) к/с 40102810745370000032 (ЕКС) р/счет 03224643320000003900 БИК 013207212	Фамилия _____ Имя _____ Отчество _____ Дата рождения _____ Паспорт: серия _____ номер _____ _____ - _____ выдан _____ _____ Адрес места жительства _____ _____

Банк- ОКЦ № 5 СибГУ Банка России//УФК по
Кемеровской области - Кузбассу, г Кемерово
ОКТМО 32701000001

Телефон

7. Подписи сторон

Исполнитель:

ГАУ «РЦСС Кузбасса»

_____/_____/

Заказчик:

_____/_____/

Приложение № 19 к Правилам посещения
Медико-восстановительного центра

АНКЕТА ОБЩЕГО СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ

Просим Вас достоверно и внимательно заполнить этот бланк. Вся предоставленная Вами информация является медицинской тайной и не может быть передана третьим лицам.

ФИО _____

Дата рождения _____ телефон _____

Отвечая на вопросы анкеты, давайте ответ ДА или НЕТ по каждому пункту

ПЕРЕНЕСЕННЫЕ И СОПУТСТВУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ		
Заболевания сердца (в том числе инфаркт миокарда)	ДА	НЕТ
Наличие кардиостимулятора, стентов	ДА	НЕТ
Заболевания сосудов	ДА	НЕТ
Инсульт	ДА	НЕТ
Повышение или понижение артериального давления	ДА	НЕТ
Заболевания легких	ДА	НЕТ
Туберкулез	ДА	НЕТ
Заболевания желудочно-кишечного тракта	ДА	НЕТ
Заболевания печени	ДА	НЕТ
Заболевания почек	ДА	НЕТ
Заболевания щитовидной, паращитовидной железы, др. желез	ДА	НЕТ
Сахарный диабет	ДА	НЕТ
Травмы/сотрясение головного мозга	ДА	НЕТ
Эпилепсия и др. заболевания центральной нервной системы	ДА	НЕТ
Заболевание крови (в том числе свертываемости)	ДА	НЕТ
Заболевания ЛОР органов (уха, горла, носа)	ДА	НЕТ
Заболевание костной системы, суставов	ДА	НЕТ
Заболевания кожи (в том числе грибковые)	ДА	НЕТ
Наблюдаетесь ли у врача по поводу фибромиомы, эндометриоза	ДА	НЕТ
Наблюдаетесь ли по поводу мастопатии (узловой/диффузно-кистозной)	ДА	НЕТ
Была ли длительная необъяснимая лихорадка	ДА	НЕТ
Постоянно увеличены лимфатические узлы (железы)	ДА	НЕТ
Отмечалась ли потеря веса в последние 6 месяцев	ДА	НЕТ
Венерические заболевания	ДА	НЕТ
Являетесь ли Вы донором	ДА	НЕТ
Инфекционные заболевания	ДА	НЕТ
Проводилась ли лучевая терапия, химиотерапия за последние 10 лет	ДА	НЕТ
Другие заболевания	ДА	НЕТ
Бывает ли головокружение, потеря сознания	ДА	НЕТ
Есть ли инвалидность	ДА	НЕТ
Постоянно/ периодически принимаю лекарственные препараты, какие	ДА	НЕТ
Вы беременны? Являетесь ли Вы кормящей матерью	ДА	НЕТ

Я разрешаю / не разрешаю/ администраторам МВЦ звонить (отправлять СМС) указанным мной в анкете телефонам, чтобы напомнить о приёме, сообщать изменениях в работе МВЦ, появлении новых процедур и услуг.

Дата: « ____ » _____ 20 ____ года

Подпись пациента

*Приложение № 20 к Правилам посещения
Медико-восстановительного центра*

БЛАНК-ВКЛАДЫШ В АМБУЛАТОРНУЮ КАРТУ № _____

**ЛИСТ осмотра терапевта/физиотерапевта/специалиста(мануального
терапевта, рефлексотерапевта и др.)**

Дата осмотра _____

ФИО пациента: _____

Диагноз при направлении: _____

Жалобы: _____

Данные объективного осмотра:

Состояние: Удовлетворительное/неудовлетворительное

Кожные покровы: _____

АД: _____ мм рт. ст.

Пульс: _____ уд/мин, ритмичный.

Тоны сердца: _____

Дыхание: _____

Живот: _____

Отеки: _____

Опорно-двигательный аппарат _____

St.localis _____

**Данные обследований и
консультаций:** _____

Диагноз при осмотре: _____ МКБ-10

Сопутствующий _____ МКБ-10

Аллергоанамнез: Неотягощен / _____

План лечения/оздоровления: _____

Врач-специалист: _____ /

*Приложение № 21 к Правилам посещения
Медико-восстановительного центра*

БЛАНК-ВКЛАДЫШ В АМБУЛАТОРНУЮ КАРТУ №

Курс: УДАРНО-ВОЛНОВАЯ ТЕРАПИЯ (УВТ)

Дата осмотра _____

ФИО пациента: _____

Диагноз при направлении: _____

Диагноз при
осмотре: _____

План лечения: УВТ № _____ сеансов.

Назначения и дневник выполнения (Программа, обл. воздействия; частота,
кол-во импульсов, интенсивность, особые отметки)

Дата _____

Дата _____

Дата _____

Дата _____

Дата _____

Дата _____

Дата _____

Врач-физиотерапевт: _____ / _____

Курс: УДАРНО-ВОЛНОВАЯ ТЕРАПИЯ (УВТ)

Дата осмотра _____

ФИО пациента: _____

Диагноз при направлении: _____

Диагноз при
осмотре: _____

План лечения: УВТ № _____ сеансов.

Назначения и дневник выполнения (Программа, обл. воздействия; частота,
кол-во импульсов, интенсивность, особые отметки)

Дата _____

Дата _____

Дата _____

Дата _____

Дата _____

Дата _____

Дата _____

Врач-физиотерапевт: _____ / _____

БЛАНК-ВКЛАДЫШ В АМБУЛАТОРНУЮ КАРТУ №

Курс Механотерапии

Дата осмотра _____

ФИО пациента: _____

Диагноз при направлении: _____

Диагноз при
осмотре: _____

План лечения: № _____ сеансов;

1. Исходное состояние перед началом курса:

Жалобы: _____

Объективный статус:

Объем движений сустава: _____

Сгибание: _____

Разгибание: _____

Мышечная сила: симметричность (да/нет)

Болевой синдром (по ВАШ): _____ при нагрузке.

2. Цели курса механотерапии:

1. Увеличить объем активных и пассивных движений в суставе.

2. Укрепить мышцы _____.

3. Уменьшить болевой синдром.

4. Восстановить опорную функцию конечности.

Назначения и дневник выполнения (тренажер/программа; кол-во повторов; нагрузка (вес, сопротивление, время); Отметка о выполнении и переносимости.

Дата _____

Дата _____

Дата _____

Дата _____

Дата _____

Дата _____

Дата _____

Дата _____

Дата _____

Дата _____

Заключение по итогам курса: динамика,
рекомендации _____

ФИО врача и подпись _____

*Приложение № 23 к Правилам посещения
Медико-восстановительного центра*

БЛАНК-ВКЛАДЫШ В АМБУЛАТОРНУЮ КАРТУ №

Сеанс мануальной терапии

Пациент: ФИО _____ Дата: _____
Диагноз: _____
№ сеанса: _____
Жалобы на момент осмотра _____
Локальный статус: Тонус мышц: _____ Болезненность ПДС: _____
Проведенные техники: Мягкие техники (ПИР, МФР), Мобилизация _____
Манипуляция (уровень) _____
Реакция на лечение: _____
Рекомендации: Режим _____, ЛФК,
дата след. визита _____ Врач _____ /

№ сеанса: _____ Дата: _____
Жалобы на момент осмотра _____
Локальный статус: Тонус мышц: _____ Болезненность ПДС: _____
Проведенные техники: Мягкие техники (ПИР, МФР), Мобилизация _____
Манипуляция (уровень) _____
Реакция на лечение: _____
Рекомендации: Режим _____, ЛФК,
дата след. визита _____ Врач _____ /

№ сеанса: _____ Дата: _____
Жалобы на момент осмотра _____
Локальный статус: Тонус мышц: _____ Болезненность ПДС: _____
Проведенные техники: Мягкие техники (ПИР, МФР), Мобилизация _____
Манипуляция (уровень) _____
Реакция на лечение: _____
Рекомендации: Режим _____, ЛФК,
дата след. визита _____ Врач _____ /

№ сеанса: _____ Дата: _____
Жалобы на момент осмотра _____
Локальный статус: Тонус мышц: _____ Болезненность ПДС: _____
Проведенные техники: Мягкие техники (ПИР, МФР), Мобилизация _____
Манипуляция (уровень) _____
Реакция на лечение: _____
Рекомендации: Режим _____, ЛФК,
дата след. визита _____ Врач _____ /

*Приложение № 24 к Правилам посещения
Медико-восстановительного центра*

БЛАНК-ВКЛАДЫШ В АМБУЛАТОРНУЮ КАРТУ №

Курс ЛФК

Дата осмотра _____

ФИО пациента: _____

Диагноз при направлении: _____

Диагноз при осмотре: _____

План лечения: Курс ЛФК, № _____ сеансов; инд.занятия

Назначения и дневник выполнения (Содержание занятия, тип упражнений, кол-во повторов;

Дозировка (время, подходы) Отметка о выполнении и переносимости)

Дата _____

Дата _____

Дата _____

Дата _____

Дата _____

Дата _____

Дата _____

Дата _____

Дата _____

Дата _____

ФИО врача и подпись _____

Курс ЛФК

Дата осмотра _____

ФИО пациента: _____

Диагноз при направлении: _____

Диагноз при осмотре: _____

План лечения: Курс ЛФК, № _____ сеансов; инд.занятия

Назначения и дневник выполнения (Содержание занятия, тип упражнений, кол-во повторов;

Дозировка (время, подходы) Отметка о выполнении и переносимости)

Дата _____

Дата _____

Дата _____

Дата _____

Дата _____

Дата _____

Дата _____

Дата _____

Дата _____

Дата _____

ФИО врача и подпись _____

*Приложение № 25 к Правилам посещения
Медико-восстановительного центра*

БЛАНК-ВКЛАДЫШ В АМБУЛАТОРНУЮ КАРТУ №

Курс лазеротерапии

Дата осмотра _____

ФИО пациента: _____

Диагноз при направлении: _____

Диагноз при осмотре: _____

План лечения: Курс лазеротерапии № _____ сеансов.

Назначения и дневник выполнения (обл.воздействия, параметры, переносимость)

Дата _____

Дата _____

Дата _____

Дата _____

Дата _____

Дата _____

Дата _____

Дата _____

Дата _____

Дата _____

Врач-физиотерапевт: _____ / _____

Курс лазеротерапии

Дата осмотра _____

ФИО пациента: _____

Диагноз при направлении: _____

Диагноз при осмотре: _____

План лечения: Курс лазеротерапии № _____ сеансов.

Назначения и дневник выполнения (обл.воздействия, параметры, переносимость)

Дата _____

Дата _____

Дата _____

Дата _____

Дата _____

Дата _____

Дата _____

Дата _____

Дата _____

Дата _____

Врач-физиотерапевт: _____ / _____

*Приложение № 26 к Правилам посещения
Медико-восстановительного центра*

БЛАНК-ВКЛАДЫШ В АМБУЛАТОРНУЮ КАРТУ №

Курс рефлексотерапии

Дата осмотра _____

ФИО пациента: _____

Диагноз при направлении: _____

Диагноз при осмотре: _____

Назначения и дневник выполнения:

Дата _____

Дата _____

Дата _____

Дата _____

Дата _____

Дата _____

Дата _____

Дата _____

ФИО врача и подпись _____

Курс рефлексотерапии

Дата осмотра _____

ФИО пациента: _____

Диагноз при направлении: _____

Диагноз при осмотре: _____

Назначения и дневник выполнения:

Дата _____

Дата _____

Дата _____

Дата _____

Дата _____

Дата _____

Дата _____

Дата _____

ФИО врача и подпись _____

*Приложение № 27 к Правилам посещения
Медико-восстановительного центра*

БЛАНК-ВКЛАДЫШ В АМБУЛАТОРНУЮ КАРТУ №

Сеанс FDM- терапии

Пациент: ФИО _____ Дата: _____

Диагноз: _____

№ сеанса: _____

Жалобы на момент осмотра _____

Локальный статус :Тонус мышц: _____ Болезненность ПДС: _____

Проведенные техники: Мягкие техники (ПИР, МФР), Мобилизация _____

Манипуляция (уровень) _____

Реакция на лечение: _____

Рекомендации: Режим _____, ЛФК,
дата след. визита _____ Врач _____ /

№ сеанса: _____

Жалобы на момент осмотра _____

Локальный статус :Тонус мышц: _____ Болезненность ПДС: _____

Проведенные техники: Мягкие техники (ПИР, МФР), Мобилизация _____

Манипуляция (уровень) _____

Реакция на лечение: _____

Рекомендации: Режим _____, ЛФК,
дата след. визита _____ Врач _____ /

№ сеанса: _____

Жалобы на момент осмотра _____

Локальный статус :Тонус мышц: _____ Болезненность ПДС: _____

Проведенные техники: Мягкие техники (ПИР, МФР), Мобилизация _____

Манипуляция (уровень) _____

Реакция на лечение: _____

Рекомендации: Режим _____, ЛФК,
дата след. визита _____ Врач _____ /

№ сеанса: _____

Жалобы на момент осмотра _____

Локальный статус :Тонус мышц: _____ Болезненность ПДС: _____

Проведенные техники: Мягкие техники (ПИР, МФР), Мобилизация _____

Манипуляция (уровень) _____

Реакция на лечение: _____

Рекомендации: Режим _____, ЛФК,
дата след. визита _____ Врач _____ /

№ сеанса: _____

Жалобы на момент осмотра _____

Локальный статус :Тонус мышц: _____ Болезненность ПДС: _____

Проведенные техники: Мягкие техники (ПИР, МФР), Мобилизация _____

Манипуляция (уровень) _____

Реакция на лечение: _____

Рекомендации: Режим _____, ЛФК,
дата след. визита _____ Врач _____ /

*Приложение № 28 к Правилам посещения
Медико-восстановительного центра*

БЛАНК-ВКЛАДЫШ В АМБУЛАТОРНУЮ КАРТУ № _____

ЛИСТ осмотра Врачом спортивной медицины

Дата осмотра _____

ФИО пациента: _____

Повод для обращения: Допуск к спортивным занятиям/соревнованиям;

Острые жалобы (боль, травма); Плановая консультация; Другое: _____

АНАМНЕЗ (спортивный и общий):

Основной вид спорта: _____

Стаж занятий: _____ лет

Уровень подготовки: Любитель; Профессионал; Кандидат в мастера спорта; Мастер спорта

Тренировочная нагрузка: Кол-во часов/дней в неделю: _____

Характер жалоб (если есть)/связь с нагрузкой: _____

Перенесенные травмы и заболевания _____

Прием препаратов (ЛС, БАДы, спортивное питание): _____

Данные объективного осмотра:

Антропометрия: Рост: _____ см Вес: _____ кг ИМТ: _____

Артериальное давление: _____ / _____ мм рт. ст. ЧСС в покое: _____ уд/мин

Осанка: Норма; Нарушения (указать): _____

Состояние стоп: Норма; Плоскостопие (прод., попер.) Другое: _____

Соматический диагноз (основной): _____ МКБ-10

Сопутствующий диагноз: _____ МКБ-10

Заключение о состоянии здоровья для занятий спортом:

Здоров, к занятиям спортом годен без ограничений.

Годен с незначительными ограничениями (указать): _____

Годен с ограничениями, требуется дополнительное обследование/лечение.

Временно не годен к занятиям спортом (до полного обследования/лечения).

Не годен к занятиям данным видом спорта.

Рекомендовано: Режим тренировок: _____

Лечебно-восстановительные мероприятия: _____

Врач спортивной медицины: _____ /

