

## **Уважаемые педагоги!**

Напоминаем Вам, что дети, приезжающие на санаторно-курортное лечение и оздоровление, должны иметь следующие документы:

### **На лечение:**

1. «Выписка из медицинских документов» форма 1 мед/у-10(с информацией о перенесенных заболеваниях, аллергологическом анамнезе, прививках с рождения, группе здоровья и группе по физкультуре).

2. «Медицинская справка о состоянии здоровья» форма 1 здр/у-10 об отсутствии заразных кожных заболеваний и педикулеза, а также об отсутствии контакта с инфекционными больными в течение 35 дней. Срок действия справки 5 (пять) дней.

### **На оздоровление:**

1. «Медицинская справка о состоянии здоровья» форма 1 здр/у-10 или «Выписка из медицинских документов» форма 1 мед/у-10 (с информацией о перенесенных заболеваниях, аллергологическом анамнезе, прививках с рождения, группе здоровья и группе по физкультуре).

2. «Медицинская справка о состоянии здоровья» форма 1 здр/у-10 об отсутствии заразных кожных заболеваний и педикулеза, а также об отсутствии контакта с инфекционными больными в течение 35 дней. Срок действия справки 5 (пять) дней.

### **ВАЖНО!!!**

- Сопровождающие педагоги несут персональную ответственность за наличие сопроводительных документов.
- Документы должны быть сложены по порядку в соответствии со списками детей.
- Педагоги, желающие получить лечение, должны иметь «Выписку из медицинских документов» форма 1 мед/у-10.
- Сопровождающим педагогам иметь «Медицинскую справку о состоянии здоровья» форма 1 здр/у-10 об отсутствии заразных кожных заболеваний и педикулеза, а также об отсутствии контакта с инфекционными больными в течение 35 дней. Срок действия справки 5 (пять) дней.

## **ВАЖНО!!!**

Все дети до 14 лет должны иметь за подписью родителей **«Информированное добровольное согласие на простое медицинское вмешательство»** по форме:

### **ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОСТОЕ МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО**

Согласно части первой и второй статьи 44 Закона Республики Беларусь «О здравоохранении»

Я, \_\_\_\_\_

(фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется) совершеннолетнего пациента либо законного представителя, опекуна,  
супруга или одного из близких родственников пациента)

даю информированное добровольное согласие на простое медицинское вмешательство, предложенное мне, гражданину, чьим законным представителем я являюсь (ненужное зачеркнуть)

Ф.И.О. \_\_\_\_\_ гражданина, от имени которого выступает законный представитель \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_\_ » 20 \_\_\_\_\_ г  
(дата оформления) (подпись лица, давшего согласие на медицинское вмешательство)

С уважением, администрация центра