

**Правила  
пребывания сопровождающих лиц для осуществления ухода за  
пациентами - инвалидами I группы  
в стационарном отделении медицинской реабилитации  
Медицинского частного учреждения санаторий «Новый источник»**

**1. Общие положения**

1.1. Настоящие Правила разработаны в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Федеральным законом от 24.11.1995 № 181-ФЗ "О социальной защите инвалидов в Российской Федерации", Постановлением Правительства Российской Федерации от 29.12.2025 № 2188 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2026 год и на плановый период 2027 и 2028 годов», Постановлением Правительства Вологодской области от 20.01.2026 № 26 «Об утверждении Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Вологодской области на 2026 год и на плановый период 2027 и 2028 годов», (в ред. изменений в Тарифное соглашение от 24.02.2026), Тарифное соглашение по оплате медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования Вологодской области на 2026 год (с учетом изменений, принятых заседанием Комиссии по разработке Территориальной программы обязательного медицинского страхования от 24.02.2026, от 24.03.2026

1.2. Правила устанавливают порядок пребывания с пациентами, признанными в установленном порядке инвалидами I группы, сопровождающих лиц в Стационарном отделении медицинской реабилитации МЧУ профсоюзов санаторий «Новый источник» (далее СОМР, учреждение) и регулируют организацию ухода за совершеннолетними пациентами (далее – пациентами), признанными в установленном порядке инвалидами I группы.

1.3. Целью является создание условий для эффективного лечения, реабилитации, обеспечения прав и психоэмоционального комфорта пациентов-инвалидов I группы, нуждающихся в постоянном постороннем уходе.

1.4. Сопровождать, то есть круглосуточно на время всего курса лечения находится совместно с пациентом в СОМР, могут ближайшие родственники,

законные представители или иные лица, привлекаемые родственниками или законными представителями пациентов, являющихся инвалидами I группы.

1.5. К ближайшим родственникам в целях настоящего Положения относятся: родители (усыновители), супруги, совершеннолетние дети, братья и сестры.

1.6. Законными представителями пациентов являются опекуны или попечители совершеннолетнего лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным или не полностью дееспособным, в соответствии с Гражданским кодексом РФ и Федеральным законом от 24.04.2008 г. № 48-ФЗ «Об опеке и попечительстве».

1.7. Иными лицами, привлекаемыми родственниками или законными представителями для сопровождения пребывания пациента, являющегося инвалидом I группы, в СМР, могут быть совершеннолетние лица, указанные родственниками или законными представителями в заявлении, доверенности, соглашении или ином юридически значимом документе.

1.8. При поступлении в СМР пациента-инвалида I группы:

- Пациент или его сопровождающий подают заявление на имя директора учреждения с просьбой предоставления спального места и питания сопровождающему лицу с указанием данных пациента и сопровождающего (бланк прилагается), а также предоставляет документы в подтверждение родства (копия паспорта, свидетельства о рождении/браке и т.п.) или полномочий законного представителя (копия решения органа опеки, копия решения суда) или иного основания для осуществления сопровождения пациента, являющегося инвалидом I группы (доверенность, заявление родственника/законного представителя, соглашение об уходе и т.п.). К заявлению прилагается справки об инвалидности и ИПРА (или выписка из нее) с отметкой о необходимости ухода.

- медицинская сестра по согласованию с заведующим отделением проверяет документы и оценивает необходимость привлечения родственника/законного представителя/иного лица для сопровождения пациента, исходя из:

- Степени утраты способности к самообслуживанию и передвижению.
- Наличия психических расстройств, требующих постоянного наблюдения.
- Необходимости помощи в передвижении, приеме пищи, выполнении гигиенических процедур.
- Необходимости помощи в прохождении медицинских процедур (лечения).

- На основании этой оценки в медицинской документации делается запись в медицинской документации о рекомендации/необходимости присутствия сопровождающего лица.

## 2. Организация пребывания сопровождающего лица в отделении СОМР

### 2.1. Оформление:

- Сопровождающее лицо заполняет согласие на обработку персональных данных (бланк прилагается).
- Данные о сопровождающем лице (ФИО, данные документа, подтверждающего родство либо данные документов, указанных в п. 1.8. настоящего Положения, контактный телефон) данные заносятся в медицинскую карту пациента.
- Представленные копии документов сопровождающего лица вклеиваются в медицинскую карту пациента.

### 2.2. С целью соблюдения требований сан.эпид.режима в отделении сопровождающим лицом предоставляются:

- Результат флюорографии/ рентгенографии органов грудной клетки давностью не более 1 года.
- Справка об отсутствии контактов с инфекционными больными по месту жительства. Срок действия справки не более 3 суток.
- Прививочный сертификат, либо справка о прививках (АДСМ обязательно).

### Для водных процедур:

- Справка от дерматолога.
- Справка от гинеколога (для женщин).

### 2.3. Время поступления и выписки:

-Время поступления и выписки в СОМР устанавливаются Приказом директора. Информация размещается на информационном стенде СОМР, а так же официальном сайте учреждения в сети ИНТЕРНЕТ [www.istochnik35.ru](http://www.istochnik35.ru)

-Сопровождающее лицо поступает и выбывает из отделения СОМР одновременно с сопровождаемым пациентом.

### 2.4. Размещение:

-Сопровождающему лицу предоставляется койко-место в номере «стандарт» (1 или 2 этаж главного корпуса) совместно с сопровождаемым пациентом. Услуга предоставляется за счет средств ОМС.

### 2.5. Питание:

-Сопровождающему лицу предоставляется питание по комплексному меню, утвержденному для СОМР. Услуга предоставляется за счет средств ОМС.

## 3. Обязанности сопровождающего

3.1. Оказывать пациенту помощь в быту, питании, гигиене и выполнении назначений лечащего врача, сопровождение на процедурах.

3.2. Немедленно информировать дежурную медсестру или врача об изменениях в состоянии пациента.

3.3. Соблюдать правила внутреннего распорядка отделения и учреждения в целом, режим тишины (лечебно-охранительный режим), санитарно-эпидемиологический режим отделения (носить сменную обувь, при необходимости маску).

3.4. Не покидать территорию учреждения без уведомления дежурной медсестры/лечащего врача.

3.5. Нести ответственность за сохранность имущества отделения и учреждения.

3.6 Не допускать прием алкоголя/наркотиков и курение в помещениях отделения и учреждения.

3.7. Соблюдать требования пожарной безопасности.

#### 4. Ограничения и особые случаи

4.1. Прием на отделение сопровождающего лица может быть временно ограничен по эпидемиологическим показаниям (карантин в отделении). При такой ситуации плановая госпитализация пациента, являющегося инвалидом I группы, временно приостанавливается (переносится на другие сроки по согласованию с пациентом).

4.2. В случае нарушения сопровождающим лицом настоящих Правил, режима отделения или агрессивного поведения, алкогольное или иные виды опьянений, курение в номере и на лоджии, заведующий отделением вправе аннулировать пребывание сопровождающего лица (досрочный выезд).

#### 5. Заключительные положения

5.1. Настоящие Правила размещаются для ознакомления на информационном стенде СОМР, а так же официальном сайте учреждения в сети ИНТЕРНЕТ [www.istochnik35.ru](http://www.istochnik35.ru)

5.2. Контроль за исполнением Правил возлагается на старшую медицинскую сестру СОМР и заместителя главного врача по медицинской части.

Приложение № 1  
к Правилам пребывания сопровождающих лиц  
для осуществления ухода за пациентами –  
инвалидами I группы в СОМР

Директору  
МЧУ профсоюзов санаторий «Новый источник»  
А.Л.Тонкому  
от \_\_\_\_\_ (ФИО)  
адрес: \_\_\_\_\_  
тел. \_\_\_\_\_

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу предоставить спальное место и питание для лица, сопровождающего  
пациента – инвалида инвалидами I группы в СОМР  
ФИО сопровождающего:

\_\_\_\_\_

Кем приходится пациенту: \_\_\_\_\_

ФИО пациента: \_\_\_\_\_

Приложение:

Копии документов подтверждающих родство или иное основание для  
осуществления сопровождения пациента - инвалида I группы.

«\_\_» \_\_\_\_\_ 2026 г. \_\_\_\_\_ (подпись)

С правилами пребывания сопровождающих лиц в СОМР, правилами  
противопожарной безопасности, ознакомлен:

\_\_\_\_\_ (ФИО, подпись)

Приложение № 2  
к Правилам пребывания сопровождающих лиц  
для осуществления ухода за пациентами –  
инвалидами I группы в СОМР

**СОГЛАСИЕ**  
на обработку персональных данных

Я \_\_\_\_\_  
гражданин \_\_\_\_\_, пол М/Ж (подчеркнуть), дата рождения: \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. полностью)  
проживающий по адресу: \_\_\_\_\_  
(место регистрации)  
паспорт \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_  
(серия и номер) (дата, название выдавшего органа)

В соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 «О персональных данных» № 152-ФЗ в целях сопровождения пациента – инвалида инвалидами I группы в СОМР даю свое СОГЛАСИЕ на обработку в МЧУ профсоюзов санаторий «Новый источник» адрес: 160548 Вологодская обл. м/о Вологодский пос. Новый Источник, д. 7, ИНН 3507009976; КПП 350701001; ОКОНХ 91517; ОКПО 02593754 (далее - Оператор) моих персональных данных, а именно:

- фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения, адрес места жительства (регистрации), номер телефона, электронный адрес E-mail, место работы, данные паспорта (или иного документа удостоверяющего личность), данные документа, подтверждающего родство с пациентом - инвалидом I группы либо основание для осуществления сопровождения.

\_\_\_\_\_ (подпись, ФИО)

В соответствии с требованиями статьи 10 Федерального закона от 27.07.2006 «О персональных данных» № 152-ФЗ даю согласие на обработку моих персональных данных Оператором при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную и иную тайну.

В ходе обработки с персональными данными могут быть совершены следующие действия: сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), передача (предоставление, доступ), извлечение, использование, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение.

В рамках данного согласия Оператор имеет право:

- при обработке моих персональных данных вносить их в реестры, базы данных автоматизированных информационных систем для формирования отчетных форм и иных сведений, предоставление которых регламентировано договорами или иными документами, определяющими взаимодействие Оператора со страховыми медицинскими организациями, медицинскими организациями, органами управления здравоохранения, иными организациями;

- с целью выполнения своих обязательств, предусмотренных нормативными правовыми актами или договорами, на предоставление, передачу моих персональных данных иным организациям, при условии, что указанные предоставление и передача будут осуществляться с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих защиту моих персональных данных от несанкционированного доступа, а также при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну;

\_\_\_\_\_ (подпись, ФИО)

Даю согласие на то, что срок хранения моих персональных данных соответствует: сроку хранения медицинской карты пациента и составляет 25 (двадцать пять) лет.

\_\_\_\_\_ (подпись, ФИО)

По истечении указанного срока хранения моих персональных данных Оператор обязан уничтожить все мои персональные данные включая все копии на машинных носителях информации.

Я уведомлен \_\_ о том, что я вправе в любое время отозвать свое согласие на обработку персональных данных путем подачи письменного заявления Оператору, а также получить доступ к своим персональным данным при личном обращении к Оператору на основании письменного запроса.

Я подтверждаю, что ознакомлен \_\_ со следующими своими правами:

- 1) на получение сведений об Операторе, о месте его нахождения, о наличии у Оператора персональных данных, относящихся к моим персональным данным, а также на ознакомление с такими персональными данными;
- 2) требовать от Оператора уточнения своих персональных данных, их блокирования или уничтожения в случае, если персональные данные являются неполными, устаревшими, неточными, незаконно полученными или не являются необходимыми для заявленной цели обработки, а также принимать предусмотренные законом меры по защите своих прав;
- 3) на получение при обращении к Оператору с запросом информации, касающейся обработки своих персональных данных.

Я ознакомлен \_\_ с тем, что имею право на получение при обращении с письменным запросом информации, касающейся обработки персональных данных, в том числе содержащей:

- 1) подтверждение факта обработки персональных данных Оператором, а также цель обработки;
- 2) способы обработки персональных данных, применяемые Оператором;
- 3) сведения о лицах, которые имеют доступ к персональным данным или которым может быть предоставлен такой доступ;
- 4) перечень обрабатываемых персональных данных и источник их получения;
- 5) сроки обработки персональных данных, в том числе сроки их хранения;
- 6) сведения о том, какие последствия может повлечь за собой обработка персональных данных.

Я ознакомлен \_\_ с тем, что Оператор при обработке персональных данных обязан принимать необходимые организационные и технические меры для защиты персональных данных от неправомерного или случайного доступа к ним, уничтожения, изменения, блокирования, копирования, распространения персональных данных, а также от иных неправомерных действий.

\_\_\_\_\_ (подпись, ФИО)

**Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.**

Я согласен \_\_ со следующими действиями с моими персональными данными:

1. Обработка моих персональных данных в защищённых в установленном порядке автоматизированных информационных системах персональных данных пациентов;
2. Обработка моих персональных данных в защищённых в установленном порядке, без использования средств автоматизации.

\_\_\_\_\_ (подпись, ФИО)

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие полностью или частично по моей инициативе на основании личного письменного заявления, в т.ч. и в случае ставших мне известных фактов нарушения моих прав при обработке персональных данных. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку.

\_\_\_\_\_ (дата)

\_\_\_\_\_ (подпись)

Согласие получено \_\_\_\_\_ (дата) \_\_\_\_\_ (подпись)  
(Уполномоченный представитель Оператора)