

РЕГЛАМЕНТ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИМ

ГЛАВА 1

Несовершеннолетние в возрасте до 14 лет (малолетние)

1.1. Согласие на простое медицинское вмешательство <*> дается одним из законных представителей <*> (ч. 1 ст. 44 и ч. 2 ст. 18 Закона Республики Беларусь «О здравоохранении»). Отметка о согласии на простое медицинское вмешательство делается медицинским работником ООО «Е-Медикал Групп» в медицинских документах пациента.

<*> Перечень простых медицинских вмешательств утвержден Постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 31.05.2011 № 49 «Об установлении перечня простых медицинских вмешательств».

<*> Под законными представителями понимаются родители, усыновители, опекуны и попечители.

1.2. Несовершеннолетние в возрасте до 14 лет могут посещать медицинский центр ООО «Е-Медикал Групп» только в сопровождении законного представителя. В случае невозможности сопровождения законным представителем, посещение возможно с иным совершеннолетним лицом при наличии письменного согласия законного представителя, составленного им по форме Приложения 1 к настоящему Регламенту.

1.3. Информация о состоянии здоровья несовершеннолетнего пациента, выписки из медицинских документов, медицинские справки о состоянии здоровья и другие документы, содержащие информацию о состоянии здоровья пациента предоставляется законным представителям (ч.1 ст. 46 Закона Республики Беларусь «О здравоохранении»). С письменного согласия законного представителя информация, составляющая врачебную тайну, может быть предоставлена иному совершеннолетнему лицу (ч.7 ст. 46 Закона Республики Беларусь «О здравоохранении»).

1.4. Оплата медицинских услуг, оказанных несовершеннолетнему пациенту в возрасте до 14 лет, производится его законным представителем либо иным совершеннолетним лицом при наличии письменного согласия законного представителя.

ГЛАВА 2

Несовершеннолетние в возрасте от 14 до 18 лет

2.1. Несовершеннолетние в возрасте от 14 до 18 лет имеют право самостоятельно давать согласие на простое медицинское вмешательство (ч.3 ст. 44 Закона Республики Беларусь «О здравоохранении»).

Обязательным условием проведения сложного медицинского

вмешательства в отношении несовершеннолетних пациентов в возрасте от 14 до 18 лет является наличие предварительного письменного согласия одного из законных представителей.

Согласие несовершеннолетнего пациента в возрасте от 14 до 18 лет на сложное медицинское вмешательство вносится в медицинские документы и подписывается его законным представителем (ч.6 ст. 44 Закона Республики Беларусь «О здравоохранении»).

2.2. Договор на оказание медицинских услуг в отношении несовершеннолетних пациентов в возрасте от 14 до 18 лет заключается с письменного согласия законных представителей несовершеннолетнего - родителей, усыновителей или попечителей.

На основании ч.2 ст.25 Гражданского кодекса Республики Беларусь сделка, совершенная несовершеннолетним, действительна также при последующем письменном одобрении его родителей, усыновителей или попечителя.

2.3. Посещение медицинского центра для оказания услуг, входящих в перечень простых медицинских вмешательств, и их оплата несовершеннолетними пациентами в возрасте от 14 до 18 лет допускается без сопровождения законного представителя. Примерная письменная форма согласия законного представителя на посещение и самостоятельную оплату медицинских услуг является Приложением 2 к настоящему Регламенту.

2.4. По просьбе несовершеннолетнего либо в целях осознанного выполнения им медицинских предписаний по согласованию с его законным представителем лечащим врачом несовершеннолетнему предоставляется информация о состоянии его здоровья и выбранных методах оказания медицинской помощи в доступной для его возраста форме с учетом психофизиологической зрелости и эмоционального состояния пациента.

Информация о состоянии здоровья несовершеннолетнего пациента, выписки из медицинских документов, медицинские справки о состоянии здоровья и другие документы, содержащие информацию о состоянии здоровья пациента, предоставляются в соответствии с требованиями законодательства. С письменного согласия законного представителя информация, составляющая врачебную тайну, может быть предоставлена иному совершеннолетнему лицу (ч.7 ст. 46 Закона Республики Беларусь «О здравоохранении»).

Приложение 1

Форма согласия законного представителя на сопровождение несовершеннолетнего в медицинском центре ООО «Е-Медикал Групп»

Директору ООО «Е-Медикал Групп»

Михайловой О.Н.

Кого: _____

_____,

проживающего(ей) по адресу:

тел. _____

e-mail: _____

Согласие

Я, _____,

(ФИО законного представителя)

паспорт _____

(серия, номер, кем и когда выдан)

идентификационный номер _____

являясь родителем несовершеннолетнего ребенка в возрасте до 14 лет

_____ (указать ФИО ребенка и дату рождения, идентификационный номер)

даю согласие на сопровождение, оказание медицинских услуг в присутствии и предоставление информации об обращении за медицинской помощью в медицинский центр ООО «Е-Медикал Групп», сведений о состоянии здоровья, наличии заболеваний, диагнозах, методах оказания медицинской помощи, рисках, связанных с медицинским вмешательством, а также возможных альтернативах предлагаемому медицинскому вмешательству, иные сведения, в том числе личного характера, полученные при оказании медицинской помощи, оплату медицинских услуг, на срок с момента подписания настоящего согласия и до _____ г./ до отзыва согласия следующему лицу (сопровождающему)

_____ (ФИО, паспортные данные того, кто сопровождает и кому предоставить информацию)

_____ дата

_____ / _____
подпись

_____ расшифровка

Приложение 2

**Форма согласия законного представителя на самостоятельное посещение
несовершеннолетним медицинского центра ООО «Е-Медикал Групп»**

Директору ООО «Е-Медикал Групп»
Михайловой О.Н.

Кого: _____

_____,
проживающего(ей) по адресу:

тел. _____

e-mail: _____

Согласие

Я, _____,

(ФИО законного представителя)

паспорт _____

(серия, номер, кем и когда выдан)

идентификационный номер _____

даю согласие на:

- самостоятельное посещение врача-специалиста;
- заключение договора на оказание медицинских услуг и/или договора аренды оборудования;
- оказание медицинских услуг и/или проведение медицинских манипуляций, входящих в перечень простых медицинских вмешательств, утвержденный Постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 31.05.2011 № 49 «Об установлении перечня простых медицинских вмешательств»;
- самостоятельную оплату оказываемых медицинских услуг

моему несовершеннолетнему сыну (моей несовершеннолетней дочери)

(ФИО несовершеннолетнего в возрасте от 14 до 18 лет, дата рождения, идентификационный номер)

на срок с момента подписания настоящего согласия и до _____ г./до отзыва
согласия.

дата

_____/_____
подпись / расшифровка