

РЕГЛАМЕНТ

оказания медицинских услуг несовершеннолетним в ООО «ЛЮБИМЫЙ ДОКТОР»

1. Несовершеннолетние в возрасте до 14 лет (малолетние)

1.1. Несовершеннолетние в возрасте до 14 лет могут посещать медицинский центр только в сопровождении законного представителя. В случае невозможности сопровождения законным представителем, посещение возможно с иным совершеннолетним лицом при наличии письменного согласия законного представителя по форме согласно Приложения 1.

1.2. В случае первичного посещения несовершеннолетнего с иным лицом должно быть предоставлено согласие на обработку персональных данных несовершеннолетнего пациента, подписанное его законным представителем.

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, предоставляются законным представителям (ч.1 ст.46 Закона Республики Беларусь «О здравоохранении» (далее – Закон)). С письменного согласия законного представителя информация, составляющая врачебную тайну, может быть предоставлена иному лицу (ч.7 ст.46 Закона).

1.4. Оплата медицинских услуг, оказанных несовершеннолетнему пациенту в возрасте до 14 лет, производится его законным представителем либо иным совершеннолетним лицом, указанным в п.1.1.

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).

2.2. Посещение медицинского центра для оказания услуг, входящих в перечень простых медицинских вмешательств (консультация врача, УЗИ-исследование, ЭКГ (Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 31.05.2011 №49 «Об установлении перечня простых медицинских вмешательств»)), и их оплата несовершеннолетними пациентами в возрасте от 14 до 18 лет допускается без законного представителя. При этом необходимо предоставить согласие законного представителя на посещение и самостоятельную оплату (по форме согласно Приложению 2).

2.3. В случае первичного посещения несовершеннолетнего с иным лицом должно быть предоставлено согласие на обработку персональных

данных несовершеннолетнего пациента, подписанное его законным представителем.

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.

2.5. 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 законным представителям (ч.1 ст.46 Закона Республики Беларусь «О здравоохранении» (далее – Закон)). С письменного согласия законного представителя информация, составляющая врачебную тайну, может быть предоставлена иному лицу (ч.7 ст.46 Закона).

Директору
ООО «ЛЮБИМЫЙ ДОКТОР»
Комса А.И.

СОГЛАСИЕ

Я, _____
(ФИО законного представителя)

паспорт _____
(серия, номер, кем и когда выдан)

место жительства _____
являясь родителем несовершеннолетнего ребенка в возрасте до 14 лет

_____ (указать ФИО ребенка, дату рождения)

даю согласие на сопровождение, оказание медицинских услуг в присутствии и предоставление информации об обращении за медицинской помощью в ООО «ЛЮБИМЫЙ ДОКТОР», сведений о состоянии здоровья, наличии заболеваний, диагнозах, методах оказания медицинской помощи, рисках, связанных с простым медицинским вмешательством, иные сведения, в том числе личного характера, полученные при оказании медицинской услуги, оплату медицинских услуг, на срок с момента подписания настоящего согласия и до _____ г. либо отзыва согласия следующему лицу (сопровождающему): _____

_____ (ФИО, паспортные данные сопровождающего)

_____ (дата)

_____/_____
(подпись) (расшифровка)

Приложение 1
к Регламенту оказания
медицинских услуг
несовершеннолетним в
ООО «ЛЮБИМЫЙ ДОКТОР»

Директору
ООО «ЛЮБИМЫЙ ДОКТОР»
Комса А.И.

СОГЛАСИЕ

Я, _____
(ФИО законного представителя)

паспорт _____
(серия, номер, кем и когда выдан)

место жительства _____

даю согласие на самостоятельное посещение врача-специалиста и оказание медицинских услуг, входящих в перечень простых медицинских вмешательств, самостоятельную оплату медицинских услуг моему несовершеннолетнему ребенку:

(указать ФИО ребенка, дату рождения)

(дата)

_____/_____
(подпись) (расшифровка)