

Порядок оказания помощи несовершеннолетним в сети медицинских центров ООО «БЕЛСОНО»

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 другим совершеннолетним лицом при наличии письменного согласия законного представителя по форме (Приложение 2).

1.2. В случае первичного посещения несовершеннолетнего с иным лицом должно быть представлено 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» от 18.06.1993 г. № 2435-ХП (далее – Закон) с изменениями и дополнениями). С письменного согласия законного представителя информация, составляющая врачебную тайну, может быть представлена иному лицу (ч.2 ст.18 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 простые медицинские вмешательства (ч.3 ст. 44 Закона).

2.2. Посещение медицинского центра для оказания услуг, входящих в перечень простых медицинских вмешательств (консультация врача, УЗИ-исследование, ЭКГ и др.), установленных постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 31.05.2011 № 49 «Об утверждении 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 (Приложение 3).

2.3. В случае первичного посещения несовершеннолетнего с иным лицом должно быть предоставлено согласие на обработку персональных данных несовершеннолетнего пациента, подписанное 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 им методах оказания медицинской помощи в доступной для его возраста форме с учетом психофизиологической зрелости и эмоционального состояния пациента.

2.5. Информацию 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). С письменного согласия законного представителя информация, составляющая врачебную тайну, может быть представлена иному лицу (ч.2 ст.18 Закона).

СОГЛАСИЕ

Я, _____
(ФИО законного представителя)

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

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

(указать ФИО ребенка, дату рождения)

Даю согласие на сопровождение, оказание медицинских услуг в присутствии и предоставлении информации об обращении за медицинской помощью в медицинский центр ООО «БЕЛСОНО», 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 - серия, номер, кем и когда выдан)
Место жительства (сопровождающего) _____

Дата _____ / _____
Подпись / расшифровка

Согласие получил/оформил
администратор _____
(ФИО, подпись)

Отзыв согласия с ____ . ____ г.
Дата _____ / _____
Подпись / расшифровка

Отзыв получил/оформил
администратор _____
(ФИО, подпись)

СОГЛАСИЕ (от 14 до 18 лет)

Я, _____
(ФИО законного представителя)

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

место жительства _____,
являясь законным представителем несовершеннолетнего _____

(указать ФИО ребенка, дату рождения)

даю согласие на самостоятельное посещение врача - специалиста, оказание медицинских услуг, входящих в перечень простых, дачу им устного согласия на простое медицинское вмешательство, самостоятельную оплату медицинских услуг на срок с момента подписания настоящего согласия и до _____. _____ г. либо вплоть до достижения им совершеннолетия.

Дата _____

_____/_____
Подпись / расшифровка

Согласие получил/оформил
администратор _____
(ФИО, подпись)