

Правила приёма и сопровождения несовершеннолетних пациентов

Уважаемые родители!

Обращаем Ваше внимание, что на основании Федерального Закона РФ от 21.11.2011 г. №323-ФЗ «Об основах здоровья граждан в Российской Федерации»:

- прием детей до 15 лет осуществляется только в присутствии одного из родителей или законного представителя;
- законными представителями несовершеннолетних являются родители, усыновители, опекуны, попечители.
- несовершеннолетние в возрасте старше пятнадцати лет имеют право самостоятельно обращаться за оказанием медицинской помощи и давать информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство или отказ от него.

При первичном обращении в Клинику ребенка, достигшего возраста 15-ти лет, необходимо присутствие родителя или иного законного представителя для заключения договора на обслуживание в клинике (лица до 18 лет, не приобретшие дееспособность в полном объеме, не имеют право самостоятельно заключать договор на медицинские услуги). После подписания договора на оказание медицинских услуг одним из родителей, ребенок старше 15-ти лет может самостоятельно посещать врачей Клиники без сопровождения родителей или иного законного представителя.

Для заключения договора на оказание платных медицинских услуг Вашему ребенку, Вы в целях подтверждения Ваших полномочий, как законного представителя ребенка, обязаны предъявить документ, удостоверяющий Вашу личность (паспорт), и документ, подтверждающий статус законного представителя (свидетельство о рождении, усыновлении (удочерении), акт органа опеки и попечительства о назначении опекуна или попечителя).

Подписывать информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, в случае оказания медицинской помощи несовершеннолетнему пациенту в возрасте до 15 лет (больным наркоманией несовершеннолетним в возрасте до шестнадцати лет), получать информацию о здоровье ребенка, может только один из родителей или иной законный представитель.

Получать информацию о состоянии здоровья ребенка могут законные представители и лица, которым законные представители дали согласие на получение такой информации.

В случае невозможности законного представителя сопровождать своего ребенка в Клинику, при наличии между Вами и Клиникой действующего договора на оказание платных медицинских услуг Вашему ребенку, ребенка может сопровождать лицо, которое вы указали при заключении договора и подписании информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство, как лицо, имеющее право получать сведения, составляющие врачебную тайну. Также на данное лицо в нашей Клинике должна быть оформлена доверенность по установленной форме.

Будьте здоровы!

ДОВЕРЕННОСТЬ
на сопровождение несовершеннолетнего в ООО «Новая клиника «АБИА»

г. Санкт-Петербург _____

(число, месяц, год составления доверенности)

Я, _____
паспорт серия _____ номер _____, выдан _____
_____, _____ г., тел. _____
_____, зарегистрированный(-ая) по адресу: _____
_____, именуемый(-ая) в
дальнейшем «Доверитель», являясь законным представителем _____

(ФИО, число, месяц, год рождения ребенка, номер Свидетельства о рождении)
уполномочиваю _____

(ФИО представителя)
паспорт серия _____ номер _____, выдан _____
_____, _____ г.,
зарегистрированную(-ого) по адресу: _____
_____, тел. _____, степень родства, основание
представительства _____, в дальнейшем «Поверенный»,
(бабушка, дедушка, тетя, дядя, няня)

сопровождать несовершеннолетнего (мою дочь, моего сына) _____

_____, _____ г.р.,
для посещения Общества с ограниченной ответственностью «Новая клиника «АБИА»
(ИНН 7814403851) с целью обследования и лечения на срок с момента подписания
настоящего согласия и до _____ г./ до отзыва согласия (нужное подчеркнуть).

Сопровождающий уполномочен, в пределах данного Доверителем Информированного
добровольного согласия на медицинское вмешательство, подписывать необходимые
документы (акт сдачи-приемки медицинских услуг, дополнительные соглашения к
договору оказания платных медицинских услуг № _____ от _____.20__ г.
и иные документы, необходимые для оказания медицинских услуг
несовершеннолетнему), оплачивать лечение, оказываемые услуги несовершеннолетнему,
получать информацию, составляющую врачебную тайну и персональные данные в
отношении несовершеннолетнего, получать информацию о состоянии здоровья моего
сына /моей дочери в виде медицинских справок, медицинских заключений, выписок из
медицинской карты, рентгеновские снимки, результаты проб и анализов.

Подпись Поверенного _____ удостоверяю.

Доверитель _____
(подпись) (расшифровка)