Оказание услуг несовершеннолетним

Уважаемые родители!

В случае невозможности законных представителей (родители, опекун, попечитель) лично привести ребенка в клинику, для оказания ему медицинской помощи должна быть оформлена доверенность на сопровождающее лицо.Вы можете скачать бланк доверенности (бланк доверенности смотри ниже). Заполненную доверенность необходимо предъявить при первом посещении клиники.

Согласно Федеральному закону от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», любые родственники ребенка, иные лица, на как прием к врачу, так и на проведение медицинских процедур и манипуляций должны приходить только со специальным согласием/доверенность, от родителей или законных представителей, составленным письменно.

Также:

• Родственники несовершеннолетних, не являющиеся родителями, опекунами или попечителями (бабушки, дедушки, братья, сестры, няни и т.д.) вправе знакомиться с медицинской документацией несовершеннолетнего, а также получать информацию о состоянии его здоровья исключительно с согласия законного представителя, оформленного надлежащим образом (п.4 ч.4 ст.13, п.4 ст.22 Федерального закона № 323-ФЗ).

• Родственники несовершеннолетних, не являющиеся родителями , опекунами или попечителями (бабушки, дедушки, братья, сестры и т.д.) вправе знакомиться с медицинской документацией несовершеннолетнего, а также получать информацию, составляющую врачебную тайну (о состоянии здоровья и диагнозе несовершеннолетнего, о результатах обследования, наличии заболевания и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях, результатах проведенного лечения и т.д.) исключительно с согласия законного представителя, оформленного надлежащим образом (п.4 ч.4 ст.13, п.4 ст.22 Федерального закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации).

• Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство или отказ от него дает один из родителей или иной законный представитель несовершеннолетнего (ч.2 ст.20 Федерального закона № 323-ФЗ).

• Несовершеннолетние в возрасте старше пятнадцати лет или больные наркоманией несовершеннолетние в возрасте старше шестнадцати лет имеют право на информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство или на отказ от него в соответствии с Федеральным законом № 323-ФЗ.

• Медицинские вмешательства несовершеннолетним без согласия родителей (законных представителей) допускаются только по экстренным показаниям, для устранения угрозы жизни человека и если его состояние не позволяет выразить свою волю (ст.20 Федерального закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»).

• Законными представителями несовершеннолетних, не достигших 14-ти лет (малолетних), являются родители, усыновители, опекуны (ст. 28 ГК РФ, ст. 64 СК РФ).

• Законными представителями несовершеннолетних в возрасте от 14 до 18 лет являются родители, усыновители, попечители (ст. 26 ГК РФ, ст. 64 СК РФ).

• В медицинском центре не допускается оказание медицинской помощи (опрос, осмотр, медицинские манипуляции, исследования, лечебные процедуры и т.д.) несовершеннолетним детям без присутствия родителей или законных представителей, поскольку:

- Забота о детях – обязанность родителей (ст.38 Конституции РФ)
- Ребенок имеет право на защиту своих прав и законных интересов, которые осуществляют родители или законные представители (ст. 56 Семейного кодекса РФ).
- Неисполнение или ненадлежащее исполнение родителями (законными представителями) обязанностей, в том числе по защите прав и интересов несовершеннолетних, влечет предупреждение или наложение административного штрафа (ст. 5.35 КоАП РФ).

ДОВЕРЕННОСТЬ
на представление интересов ребенка, не достигшего 15 лет,
в медицинских организациях

г. Екатеринбург « _____ » _____20 _____ год

Я,_____
(ФИО законного представителя, опекуна, попечителя)
паспорт серии _____, номер _____, выдан
_____
(число\месяц\год\кем выдан)
зарегистрированный(ая) по адресу _____
проживающий(ая) по адресу:_____
ПОРУЧАЮ:
_____
(ФИО поверенного)
паспорт серии _____, номер _____, выдан
_____
(число\месяц\год\кем выдан)
зарегистрированный(ая) по адресу _____
проживающий(ая) по адресу:_____
представлять интересы моего ребенка: _____
_____
(ФИО ребёнка)
_____ года рождения, свидетельство о рождении _____
(число\месяц\год\серия\номер свидетельства)
_____
выдано _____
(число\месяц\год\кем выдано)

Представлять мои интересы по поводу получения моим ребенком медицинской помощи и услуг в медицинских организациях любых форм собственности, в частности:

1. Подписывать от моего имени договор на оказание медицинских услуг моему ребенку.
2. Принимать все решения относительно здоровья моего ребенка и подписывать добровольные информированные согласия на медицинские вмешательства.
3. Подписывать и принимать решения об отказе от медицинских вмешательств.
4. Оплачивать лечение из моих либо собственных средств.
5. Получать полную и достоверную информацию о здоровье моего ребенка, как на приеме врачей, так и в виде копии медицинской документации, оригиналов медицинской документации и выписок из нее.

Доверенность выдана сроком на _____ без права передоверия.

Подпись _____/_____ подтверждаю.
(ФИО поверенного) (Подпись поверенного)

Подпись, ФИО доверителя полностью:

_____/ _____