

«УТВЕРЖДАЮ»

Директор ООО «Здоровое решение»

Р.Р. Кенгерли

«02» _____ 2025 г.



ПОРЯДОК
оказания медицинских услуг
несовершеннолетним пациентам

1. Несовершеннолетние в возрасте до 14 лет.

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 в медицинских документах.

<*> Перечень простых медицинских вмешательств утвержден Постановлением Минздрава 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 только в сопровождении законного представителя. В случае невозможности сопровождения законным представителем, посещение возможно с иным совершеннолетним лицом при наличии письменного согласия законного представителя (приложение 1).

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.

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»).

2.2. 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.

2.3. 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»).

2.4. Договор на оказание медицинских услуг в отношении несовершеннолетних пациентов в возрасте от 14 до 18 лет заключает только их законный представитель.

2.5. 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. При этом необходимо удостовериться в согласии законного представителя на посещение и самостоятельную оплату услуг (приложение 2).

2.6. 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.

2.7. 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»).

СОГЛАСОВАНО:

Заместитель директора
по медицинской части



А.В.Шилик

Приложение 1
к порядку оказания
медицинских услуг
несовершеннолетним пациентам

Заместителю директора
по медицинской части
А.В.Шилик

**Согласие
на сопровождение несовершеннолетнего пациента
к врачу-специалисту для оказания медицинских услуг,
предоставление информации о состоянии здоровья
несовершеннолетнего пациента (в полном объеме), оплату
оказанных несовершеннолетнему пациенту медицинских услуг**

Я, _____
(ФИО законного представителя)

Паспорт _____,
(серия, номер, кем и когда вы дан)

Место жительства _____

являясь родителем несовершеннолетнего ребенка в возрасте до 14 лет

(указать ФИО ребенка и дату рождения, идентификационный номер)

даю свое согласие на сопровождение, оказание медицинских услуг в присутствии

ФИО (паспортные данные) сопровождающего лица несовершеннолетнего пациента

и предоставление информации об обращении за медицинской помощью в медицинский центр «Эксана», 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. /или до отзыва согласия следующему лицу (сопровождающему лицу).

(дата)

(подпись)

(расшифровка подписи)

Приложение 2
к порядку оказания
медицинских услуг
несовершеннолетним пациентам

Заместителю директора
по медицинской части
А.В.Шилик

Согласие

**законного представителя на самостоятельное посещение
несовершеннолетним пациентом в возрасте от 14 до 18 лет врача-
специалиста и оказание простых медицинских вмешательств,
предоставление информации о состоянии здоровья
несовершеннолетнему пациенту в возрасте от 14 до 18 лет (в полном
объеме), самостоятельную оплату несовершеннолетним пациентом в
возрасте от 14 до 18 лет оказанных ему услуг на посещение и
самостоятельную оплату услуг**

Я, _____

_____,
(ФИО законного представителя, место жительства, номер и серия паспорта, кем и когда выдан)
даю свое согласие на самостоятельное посещение врача-специалиста
_____ и оказание
медицинских услуг, входящих в перечень простых медицинских
вмешательств, утвержденный Постановлением Минздрава от 31.05.2011 № 49,
самостоятельную оплату оказываемых медицинских услуг моему
несовершеннолетнему сыну/моей несовершеннолетней дочери (нужное
подчеркнуть) _____

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

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

Дата

Подпись