



№

484

«10» декабря 2021 г.

П Р И К А З

Об организации работы при осуществлении
медицинской помощи несовершеннолетним

В соответствии с требованиями гражданского законодательства, Федерального закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ в целях организации приема несовершеннолетних

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить правила оказания медицинской помощи несовершеннолетним в АО «Екатеринбургский центр МНТК «МГ» (Приложение № 1).
2. Утвердить бланк доверенности на представление интересов несовершеннолетнего ребенка при оказании медицинской помощи (Приложение № 2).
3. Отделу рекламы и СО обеспечить размещение указанных правил и бланка доверенности на официальном сайте Центра в разделе «Пациентам» - «Правила приема».
4. Ознакомить с настоящим приказом под подпись заинтересованных лиц.
5. Ответственным за исполнение настоящего приказа назначить Жигальского А.О., заведующего вычислительным центром, Идова И.Э., заведующего отделением координации и развития медицинской деятельности, Разводову А.А., заведующую отделением медицинской информации и медицинской статистики, Селькову О.Д., начальника отдела по рекламе и СО, руководителей внешних структур Центра.
6. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя генерального директора по лечебной работе Ульянова А.Н., заместителя генерального директора по развитию Ребрикова С.В., заместителя генерального директора по научно-клинической работе Пономарева В.О.

Генеральный директор

О.В. Шиловских

ПРАВИЛА
оказания медицинской помощи несовершеннолетним
в АО «Екатеринбургский центр МНТК «Микрохирургия глаза»

1. В Медицинский центр несовершеннолетний ребенок в возрасте меньше 15 лет должен приходить в сопровождении законного представителя (родителя, усыновителя, опекуна).

ДОКУМЕНТЫ, подтверждающие родство

1.1. ДЛЯ РОДИТЕЛЯ:

Свидетельство о рождении и/или свидетельство об установлении отцовства.

1.2. ДЛЯ УСЫНОВИТЕЛЯ:

Свидетельство об усыновлении (удочерении).

1.3. ДЛЯ ОПЕКУНА:

Постановление органа опеки и попечительства об установлении опеки.

Если ребенка сопровождает в клинику бабушка, дедушка, няня и иные лица, врач не имеет права принимать ребенка, независимо от предстоящих манипуляций (осмотр, лечение, диагностическое обследование) без доверенности от родителя (законного представителя).

Есть три способа для родителей оформить доверенность на сопровождающего ребенка:

- Родитель или законный представитель оформляет в нотариальной конторе доверенность или согласие.
- Родитель или законный представитель оформляет доверенность в Центре, при себе должен иметь документ, удостоверяющий личность. Пустые графы заполняются собственноручно родителем или законным представителем.
- Родитель или законный представитель скачивает и заполняет бланк доверенности. Представитель (сопровожающий ребенка) в Центр приезжает с заполненной доверенностью от родителя и копией паспорта.

2. Несовершеннолетние в возрасте **старше 15 (пятнадцати лет)** или больные наркоманией несовершеннолетние в возрасте **старше 16 (шестнадцати лет)** могут самостоятельно подписывать **информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство или отказ от него** (ч. 2 ст. 54 Федерального закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»).

2.1. **Несовершеннолетние в возрасте старше 15 (пятнадцати лет) или больные наркоманией несовершеннолетние в возрасте старше 16 (шестнадцати лет) могут самостоятельно подписывать согласие на обработку персональных данных или отказ от такого согласия.**

2.2. **Несовершеннолетние в возрасте старше 15 (пятнадцати лет) или больные наркоманией несовершеннолетние в возрасте старше 16 (шестнадцати лет) вправе совершать мелкие бытовые сделки и иные сделки, предусмотренные пунктом 2 статьи 28 ГК РФ, ч. 2 ст. 26 ГК РФ (например: оплата медицинского обследования).**

2.3. **Несовершеннолетние в возрасте старше 15 (пятнадцати лет) или больные наркоманией несовершеннолетние в возрасте старше 16 (шестнадцати лет) могут подписывать договор на оказание платных медицинских услуг в случаях:**

2.3.1. **Платная медицинская услуга не превышает 10 000 (десять тысяч) рублей и не является операцией.**

2.3.2. **Родитель или законный представитель не имеет намерения в дальнейшем воспользоваться социальным налоговым вычетом на лечения ребенка. При этом родитель и/или ребенок должны быть информированы об этом.**

ДОВЕРЕННОСТЬ

« _____ » _____ г. Город _____

Я, _____ г.
(ФИО родителя) (дата рождения)

Паспорт серия _____ номер _____ дата выдачи « ____ » _____ года

Кем выдан: _____

Зарегистрирован(а) по адресу: _____

Фактическое место жительства: _____,

ДОВЕРЯЮ

_____ г.
(ФИО родственника) (дата рождения)

Паспорт серия _____ номер _____ дата выдачи « ____ » _____ г.

Кем выдан: _____

Зарегистрирован(а) по адресу: _____

Фактическое место жительства: _____,

Сопровождать моего несовершеннолетнего ребенка

_____ г.
(ФИО ребенка) (дата рождения)

В АО «Екатеринбургский центр МНТК «Микрохирургия глаза» _____
(Отделение, филиал, пред-во)

- Получать полную информацию о состоянии здоровья моего ребенка как на приеме врачей, так и с помощью копий и оригиналов медицинской документации; получать справки, выписки, рецепты;
- Принимать все решения по вопросам прохождения медицинских обследований и других вмешательств относительно ребенка и подписывать добровольные информированные согласия на медицинские вмешательства;
- Подписывать и принимать решения об отказе от медицинских вмешательств;
- Подписывать договор на оказание медицинских услуг;
- Оплачивать медицинские услуги из средств законного представителя либо из собственных средств;
- Подписывать согласие на обработку персональных данных ребенка.

Доверенность выдана без права передоверия, сроком на три года с момента ее подписания и действительна при предъявлении документа, удостоверяющего личность.

Подпись
доверителя _____
(подпись) (расшифровка подписи)