

**Положение об оказании медицинских услуг несовершеннолетним
пациентам
ООО «Центр семейной медицины-Доктор ТУТ»**

**1. Оказание медицинских услуг несовершеннолетним пациентам
в возрасте до 14 лет**

1.1. Оказание медицинских услуг в ООО «Центр семейной медицины-Доктор ТУТ» (далее – Центр) несовершеннолетним пациентам в возрасте до 14 лет осуществляется только в сопровождении законного представителя (родители, усыновители (удочерители), опекуны и попечители), либо иного совершеннолетнего лица, действующего на основании документа, подтверждающего соответствующие полномочия, переданные ему законным представителем (далее – доверенное лицо).

1.2. Согласие на простое медицинское вмешательство дается одним из законных представителей или доверенным лицом несовершеннолетнего пациента в возрасте до 14 лет. Отметка о согласии на простое медицинское вмешательство делается медицинским работником в медицинских документах.

1.3. Информация о состоянии здоровья несовершеннолетнего пациента в возрасте до 14 лет, выписки из медицинских документов, медицинские справки о состоянии здоровья и другие документы, содержащие информацию о состоянии здоровья пациента, предоставляются законным представителям несовершеннолетнего (ч. 1. ст. 46 Закона Республики Беларусь «О здравоохранении») или доверенному лицу.

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 (ч. 3 ст. 46 Закона Республики Беларусь «О здравоохранении»).

1.4. Согласие на обработку персональных данных в отношении несовершеннолетнего пациента в возрасте до 14 лет дается одним из его законных представителей, либо доверенным лицом.

1.5. Оплата за оказанные медицинские услуги несовершеннолетнему пациенту в возрасте до 14 лет производится его законным представителем или доверенным лицом.

1.6. Перечень документов, предоставляемых при посещении Центра для оказания медицинских услуг несовершеннолетнему пациенту в возрасте до 14 лет:

документ, удостоверяющий личность несовершеннолетнего в возрасте до 14 лет: паспорт или свидетельство о рождении, или иные документы, удостоверяющие личность;

документ, удостоверяющий личность законного представителя – в случае сопровождения несовершеннолетнего законным представителем;

согласие или иной документ, подтверждающий соответствующие полномочия, переданные ему законным представителем на сопровождение иным совершеннолетним лицом несовершеннолетнего пациента к врачу-специалисту (иному медицинскому работнику) для оказания медицинских услуг, предоставление информации о состоянии здоровья несовершеннолетнего пациента в полном объеме, оплату оказанных несовершеннолетнему пациенту медицинских услуг и иное – в случае сопровождения несовершеннолетнего в возрасте до 14 лет доверенным лицом (далее – согласие на сопровождение). Согласие на сопровождение можно оформить законным представителем при личном посещении непосредственно в Центре (Приложение № 3) или у нотариуса. Согласие на сопровождение или его копия хранятся в медицинской карте несовершеннолетнего пациента «История развития ребенка»;

документ, удостоверяющий личность совершеннолетнего лица, на которого оформлено согласие.

2. Оказание медицинских услуг несовершеннолетним пациентам в возрасте от 14 до 18 лет

2.1. Оказание медицинских услуг несовершеннолетним пациентам в возрасте от 14 до 18 лет допускается без присутствия законного представителя при наличии на то письменного согласия законного представителя.

2.2. Несовершеннолетние пациенты 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»).

2.3. Согласие на обработку персональных данных в отношении несовершеннолетнего пациента в возрасте от 14 до 16 лет дается одним из его законных представителей (Приложение № 1). Несовершеннолетние пациенты в возрасте от 16 до 18 лет имеют право самостоятельно давать согласие на обработку персональных данных.

2.4. Оплата за оказанные медицинские услуги несовершеннолетнему в возрасте от 14 до 18 лет может производиться самостоятельно несовершеннолетним пациентом, при наличии на то письменного согласия законного представителя.

2.5. Перечень документов, предоставляемых при посещении Центра для оказания медицинских услуг несовершеннолетнему пациенту в возрасте от 14 до 18 лет:

- документ, удостоверяющий личность несовершеннолетнего в возрасте от 14 до 18 лет: паспорт или иные документы, удостоверяющие личность;

- письменное согласие законного представителя на оказание платных медицинских услуг несовершеннолетнему пациенту в возрасте от 14 до 18 лет, самостоятельную оплату оказанных ему платных медицинских услуг (Приложение №2).

Согласия законного представителя хранятся в медицинской карте несовершеннолетнего пациента «История развития ребенка».

ООО «Центр семейной медицины-Доктор ТУТ»

Согласие на обработку персональных данных

Я, _____
(фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется) законного представителя, _____ (дата рождения), _____ (идентификационный номер (при отсутствии – номер документа, _____ удостоверяющего личность)), являясь _____ законным _____ представителем

(фамилия, имя, отчество несовершеннолетнего), _____ (дата рождения), _____ идентификационный номер (при отсутствии – номер документа, _____ удостоверяющего личность), в соответствии со статьей 5 Закона Республики Беларусь от 7 мая 2021 г. № 99-3 "О защите персональных данных" **ДАЮ СОГЛАСИЕ** оператору - ООО «Центр семейной медицины-Доктор ТУТ», расположенному по адресу: Республика Беларусь, г. Минск, _____ ул. Колесникова, 15-3 на обработку моих персональных данных, а также данных моего несовершеннолетнего ребенка (подопечного, усыновленного)

Цель	Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие	Согласен	Не согласен
внесение и обработка персональных данных и информации, составляющей врачебную тайну, при формировании электронной медицинской карты пациента, информационных систем, информационных ресурсов, баз (банков) данных, реестров (регистров) в здравоохранении	фамилия, имя, отчество, контактный номер телефона, дата рождения пациента, пол пациента, адрес регистрации по месту жительства, адрес фактического проживания, место учебы (работы) пациента, данные страхового полиса пациента (при наличии), идентификационный номер		
предоставление информации о проводимых акциях и скидках (рекламная рассылка), посредством рассылки СМС-сообщений и отправки сообщений в Viber, Telegram, иные мессенджеры	фамилия, имя, отчество законного представителя, контактный номер телефона законного представителя		
предоставление электронных копий консультативных заключений и осмотров, протоколов функциональных и ультразвуковых исследований, результатов лабораторных исследований, посредством отправки на электронную почту законного представителя	фамилия, имя, отчество законного представителя, адрес электронной почты законного представителя		
оценка качества оказанных услуг, посредством рассылки СМС-сообщений	фамилия, имя, отчество законного представителя, контактный номер телефона законного представителя		

Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие, общее описание используемых способов обработки персональных данных: персональные данные будут обрабатываться с использованием средств автоматизации. Осуществляется сбор, систематизация, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, блокирование, удаление, в т.ч. третьими лицами, уполномоченными оператором для обработки персональных данных.

Срок согласия: 3 года с даты получения согласия.

Мне разъяснены права, связанные с обработкой персональных данных, механизм их реализации, а также последствия дачи мною согласия или отказа в даче такого согласия.

Дата:

Законный представитель пациента _____

ФИО

(подпись)

Директору
ООО «Центр семейной
медицины-Доктор ТУТ»

Согласие законного представителя на оказание платных медицинских услуг
несовершеннолетнему пациенту в возрасте от 14 до 18 лет, самостоятельную оплату
оказанных ему платных медицинских услуг

_____ 202__ г.

Я,

(ФИО законного представителя несовершеннолетнего, идентификационный номер (при отсутствии – номер
документа, удостоверяющего личность)

адрес проживания законного представителя, номер телефона)

даю согласие на оказание моему несовершеннолетнему (ребёнку, усыновленному,
подопечному) _____

(ФИО несовершеннолетнего в возрасте от 14 до 18 лет, дата рождения, идентификационный номер
несовершеннолетнего (при отсутствии – номер документа, удостоверяющего личность))

платных медицинских услуг, самостоятельную оплату оказанных ему (ей) платных
медицинских услуг в ООО «Центр семейной медицины-Доктор ТУТ» на срок с момента
подписания _____ настоящего _____ согласия _____ и _____ до _____

*С действующим прейскурантом цен, публичным договором на оказание платных
медицинских услуг, Правилами внутреннего распорядка для пациентов ООО «Центр
семейной медицины-Доктор ТУТ»*

(ознакомлен и согласен)

(подпись законного представителя)

(ФИО законного представителя)

Директору ООО «Центр семейной
медицины-Доктор ТУТ»

СОГЛАСИЕ

г. Минск

«___» _____ 202__ г.

Я, _____,
(Ф.И.О. законного представителя)

идентификационный номер _____,
в дальнейшем «**Законный представитель**»,

даю согласие _____,
(Ф.И.О. сопровождающего)

идентификационный номер _____,

в дальнейшем «**Сопровождающий**», в отношении моего ребенка (усыновленного, подопечного)

(Ф.И.О. ребенка) _____ (дата рождения ребенка)

идентификационный номер _____ (при отсутствии -
документ удостоверяющий личность)

номер _____, выдан _____
(кем и когда выдан)

в дальнейшем «ребенок», **совершать следующие действия:**

1. Заключение публичного договора на оказание платных медицинских услуг моему ребенку.
2. Сопровождать моего ребенка к врачу-специалисту (иному медицинскому работнику) для получения платных медицинских услуг.
3. Принимать любые решения относительно здоровья моего ребенка, его лечения, диагностики, проведения процедур и/или манипуляций и т.д., в том числе давать согласие на простые и/или сложные медицинские вмешательства и подписывать добровольные информированные согласия на сложные медицинские вмешательства.
4. Подписывать и принимать решения об отказе от медицинских вмешательств.
5. Получать любую информацию, составляющую врачебную тайну о здоровье моего ребенка, как на приеме врача-специалиста (иного медицинского работника), так и в виде копий медицинской документации, оригиналов медицинской документации и выписок из нее.
6. Оплачивать оказанные медицинские услуги.
7. Оформлять согласие на обработку персональных данных.

Согласие дано без права передачи вышеуказанных полномочий другому лицу, сроком на _____ с момента ее подписания

(указать срок действия)

и действительно при предъявлении документа, удостоверяющего личность Сопровождающего и ребенка.

Подпись Законного представителя _____ / _____
(подпись Законного представителя) (Ф.И.О. Законного представителя)