

## **ПРАВИЛА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ ЛИЦАМ В ВОЗРАСТЕ ДО 18 ЛЕТ В ГБУЗ «ДСП № 45 ДЗМ»**

Правила оказания медицинских услуг лицам в возрасте до 18 лет (далее - дети и подростки) в ГБУЗ «ДСП № 45 ДЗМ» (далее - Правила оказания медицинских услуг) разработаны на основании положений Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и Гражданского кодекса Российской Федерации и является обязательным для исполнения как потребителями медицинских услуг, так и персоналом ГБУЗ «ДСП № 45 ДЗМ».

Настоящие Правила оказания медицинской помощи подлежат применению при оказании медицинских услуг, предусмотренных Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее - бесплатная медицинская помощь), а так же при предоставлении платных медицинских услуг.

### **Общие требования.**

Правом обратиться за медицинской услугой для детей и подростков обладают их законные представители (один из родителей, усыновитель, опекун, попечитель) или сам подросток-потребитель медицинской услуги, достигший возраста 15 лет.

При обращении за медицинской услугой законный представитель ребенка в целях подтверждения своих прав по отношению к ребенку обязан предоставить в регистратуру ГБУЗ «ДСП № 45 ДЗМ» свой гражданский паспорт или заграничный паспорт, свидетельство о рождении ребенка или документы удостоверяющий факт усыновления, опекунства, попечительства (допускается предъявление нотариально заверенной копии вышеназванных документов). При обращении за бесплатной медицинской помощью так же должен быть предъявлен полис обязательного медицинского страхования ребенка.

При отсутствии документов, подтверждающих полномочия сопровождающего ребенка лица, полиса обязательного медицинского страхования ребенка медицинские услуги ребенку не предоставляются за исключением случаев наличия неотложных состояний и состояний, угрожающих жизни ребенка.

Если ребенка для оказания медицинских услуг будет сопровождать не его законный представитель, а третьи лица (бабушка, дедушка, брат, сестра, гувернантка, няня, водитель, охранник и др.), законный представитель должен собственноручно оформить в регистратуре ГБУЗ «ДСП № 45 ДЗМ» доверенность на представление интересов законного представителя ребенка, не достигшего 15 лет, по принятой медицинской организацией форме (приложение № 1 к настоящим Правилам) или нотариально заверенной доверенностью.

Дети в возрасте от 15 до 18 лет имеют право самостоятельно обратиться за медицинской помощью, в том числе за оказанием платных медицинских услуг.

При самостоятельном обращении в ГБУЗ «ДСП № 45 ДЗМ» за получением бесплатной медицинской помощи подросток в возрасте от 15 до 18 лет должен предоставить

в регистратуру ГБУЗ «ДСП № 45 ДЗМ» свой гражданский или заграничный паспорт и полис обязательного медицинского страхования.

Дети, достигшие 15-летнего возраста (подростки) самостоятельно дают (подписывают) информированные добровольные согласия на проведение им соответствующих медицинских вмешательств, принимают решение об отказе от медицинского вмешательства, а так же определяют перечень лиц, которые имеют право получать информацию о состоянии их здоровья в установленном законодательством порядке вне зависимости от того оказывается медицинская услуга на бесплатной или на платной основе.

*Обращаем Ваше внимание на желательность присутствия законного представителя ребенка, не достигшего 18 летнего возраста, на первичном приеме у врача, поскольку ребенок в большинстве случаев не может самостоятельно оценить необходимость тех или иных мероприятий в отношении его здоровья, не всегда может дать достоверную информацию о собственном здоровье, наличии заболеваний, которые могут оказать влияние на результат лечения.*

#### **Особенности предоставления платных медицинских услуг.**

ГБУЗ «ДСП № 45 ДЗМ» предоставляет платные медицинские услуги детям и подросткам в соответствии с настоящими Правилами и Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских - услуг, утвержденными постановлением Правительства РФ от 4 октября 2012 г. № 1006, приказом Департамента здравоохранения города Москвы от 02.10.2013 года № 944 (далее - Правила).

Основанием для предоставления платных медицинских услуг детям и подросткам является письменный договор об оказании платных медицинских услуг между заказчиком и ГБУЗ «ДСП № 45 ДЗМ».

Договор на оказание платных медицинских услуг заключается до начала оказания платных медицинских услуг. Оказание платных медицинских услуг без заключения письменного договора запрещено законодательством Российской Федерации. Отказ заказчика заключить договор (подписать предложенный проект договора) является безусловным основанием для отказа в предоставлении платных медицинских услуг.

Сторонами договора оговариваются существенные стороны достигнутого соглашения о лице, которому оказывается медицинская услуга, перечне выполняемых работ (услуг), их стоимости, сроках выполнения, ответственности сторон за невыполнение принятых на себя обязательств.

Договор об оказании платных медицинских услуг ребенку, не достигшему 15 летнего возраста, заключается только с законным представителем данного ребенка.

В договор об оказании платных медицинских услуг детям, не достигшим 15 летнего возраста, в обязательном порядке вносятся сведения о Заказчике и Пациенте с оригиналов документов или нотариально-заверенных копий (сведения о личности гражданина и места его регистрации) сопровождающего ребенка лица, свидетельства о рождении ребенка или иные документы, подтверждающие право заказчика представлять интересы ребенка, которые являются его неотъемлемой составной частью.

Платные медицинские услуги детям в возрасте от 15 до 18 лет без сопровождения законных представителей предоставляются только при наличии письменного согласия родителей (усыновителя, опекуна, попечителя) на совершение сделки, которое становится неотъемлемой составной частью договора на оказание платных медицинских услуг данному ребенку. Письменное согласие родителей ребенку от своего имени и в свою пользу заключить договор на оказание платных медицинских услуг в ГБУЗ «ДСП № 45 ДЗМ» оформляется по принятой в медицинской организации форме в присутствии администратора ГБУЗ «ДСП № 45 ДЗМ» либо у нотариуса. Форма согласия находится на стойке информации отделения по оказанию платных медицинских услуг ГБУЗ «ДСП № 45 ДЗМ» (приложение № 2 к настоящим Правилам).

Главному врачу ГБУЗ «ДСП № 45 ДЗМ»

В.А. Милешиной

От \_\_\_\_\_

Тел. \_\_\_\_\_

**ДОВЕРЕННОСТЬ  
НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ИНТЕРЕСОВ ЗАКОННОГО  
ПРЕДСТАВИТЕЛЯ РЕБЕНКА, НЕ ДОСТИГШЕГО 15 ЛЕТ**

г. Москва \_\_\_\_\_ «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ год

Я, \_\_\_\_\_,

Паспорт серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, выдан «\_\_» \_\_\_\_\_ года, \_\_\_\_\_

зарегистрированная (ый) по адресу: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, поручаю \_\_\_\_\_

Паспорт серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, выдан «\_\_» \_\_\_\_\_ года, \_\_\_\_\_

Зарегистрированная (ый) по адресу: \_\_\_\_\_

представлять мои интересы в части сопровождения моего ребенка \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ года рождения, свидетельство о рождении \_\_\_\_\_

Выдано «\_\_» \_\_\_\_\_ года, \_\_\_\_\_

в Государственном бюджетном учреждении здравоохранения города Москвы «Детская стоматологическая поликлиника № 45 Департамента здравоохранения города Москвы», находящееся по адресу: г. Москва, ул. Нижняя Первомайская, дом 63 по поводу получения моим ребенком медицинской помощи (услуг), а именно:

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 поверенного \_\_\_\_\_ подтверждаю \_\_\_\_\_.

Фамилия, имя отчество доверителя полностью: \_\_\_\_\_

Подпись доверителя: \_\_\_\_\_.

Главному врачу ГБУЗ «ДСП № 45 ДЗМ»  
В.А. Милешиной

От \_\_\_\_\_  
Тел. \_\_\_\_\_

**СОГЛАСИЕ  
ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕГО  
(ОТ 15 ДО 18 ЛЕТ) НА ЗАКЛЮЧЕНИЕ ИМ ДОГОВОРА НА ОКАЗАНИЕ  
ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ, ОКАЗЫВАЕМЫХ В ГБУЗ «ДСП № 45 ДЗМ»**

Я, \_\_\_\_\_  
(ФИО родителя/законного представителя)

паспорт: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ выдан (кем выдан, дата выдачи) \_\_\_\_\_

зарегистрированный (-ая) по адресу: \_\_\_\_\_

(адрес полностью)

**являюсь законным представителем** (отец, мать, усыновитель, опекун) попечитель — нужное подчеркнуть)

(ФИО несовершеннолетнего, год рождения)

**на основании** (свидетельства о рождении, свидетельства об усыновлении, документа об опекунстве и попечительстве из органов опеки — нужное подчеркнуть).

В соответствии с требованиями п. 1 ст. 26 Гражданского кодекса РФ, даю свое согласие на заключение с Государственным бюджетным учреждением здравоохранения города Москвы «Детская стоматологическая поликлиника № 45 Департамента здравоохранения города Москвы», находящееся по адресу: г. Москва, ул. Нижняя Первомайская, дом 63, договора на оказание платных медицинских услуг.

Подпись родителя/законного представителя \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(расшифровка подписи)

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.