

Правила плановой госпитализации лиц, осуществляющих уход за пациентами и не являющихся их законными представителем, а также консультативного приема пациентов, не достигших возраста 15 лет

1. В случае, если пациента, не достигшего возраста 15 лет, во время плановой госпитализации, выписки, нахождения на стационарном лечении или во время консультативного приема сопровождает лицо, не являющееся законным представителем,

Законными представителями физических лиц согласно Гражданскому кодексу РФ, Семейному кодексу РФ, ФЗ от 24.04.2008г. №48-ФЗ «Об опеке и попечительстве» являются:

- несовершеннолетние в возрасте от 14 до 18 лет – родители, усыновители, попечители;
- несовершеннолетние, не достигшие 14-ти лет – родители, усыновители, опекуны;
- дети, оставшиеся без попечения родителей, до передачи в семью на воспитание, под опеку и попечительство или в организации для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей – органы опеки и попечительства.

законному представителю ребенка необходимо оформить надлежащим образом оформленную доверенность на предоставление интересов несовершеннолетнего (недееспособного) лица.

2. Возможные способы удостоверения доверенности согласно «Гражданскому процессуальному кодексу РФ» от 14.11.2002 №138-ФЗ:

- в нотариальном порядке;
- организацией, в которой работает или учится доверитель,
- товариществом собственников жилья,
- жилищным, жилищно-строительным или иным специализированным потребительским кооперативом, осуществляющим управление многоквартирным домом,
- управляющей организацией по месту жительства доверителя,
- администрацией организации социального обслуживания, в которой находится доверитель,
- администрацией стационарного лечебного учреждения, в котором доверитель находится на излечении.

Доверенность от имени организации выдается за подписью ее руководителя или иного уполномоченного на это лица, скрепленной печатью этой организации

3. В случае, если законный представитель по каким-либо причинам не планирует оформлять доверенность на лицо, осуществляющее уход за ребенком, ему необходимо будет присутствовать в день госпитализации ребенка с целью подписания необходимых документов для осуществления возможности оказания медицинской помощи ребенку;

4. Согласно ст.20 ФЗ-323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является подписание информированного согласия гражданина (для лиц старше 15 лет) или его законного представителя (для лиц, не достигших 15 лет или лиц, признанных недееспособными) на медицинское вмешательство.

5. В случае, если в день плановой госпитализации или консультативного приема ребенка, не достигшего возраста 15 лет, отсутствует законный представитель или доверенное лицо (лицо, имеющее заверенную надлежащим образом доверенность), ГБУЗ НО «НОДКБ» имеет право согласно законодательству РФ не осуществлять прием ребенка при оказании медицинской помощи в плановом порядке.

ДОВЕРЕННОСТЬ
на представление интересов несовершеннолетнего (недееспособного) лица
в ГБУЗ НО «НОДКБ»

Дата выдачи: « ____ » _____ 20 ____ г.

Место выдачи: _____

Я, _____

Паспорт серии _____ № _____, выданный _____

_____,
проживающий (ая) по адресу _____

Действуя за своего малолетнего (недееспособного) ребенка

(ФИО ребенка полностью)

_____ года рождения,

Настоящей доверенностью уполномочиваю гр.

(ФИО, дата рождения)

Паспорт серии _____ № _____, выданный

_____,

проживающего (ую) по адресу _____

представлять интересы моего малолетнего (недееспособного) ребенка по всем вопросам, связанным с получением медицинских услуг в ГБУЗ НО «НОДКБ», в том числе нести ответственность за действия ребенка в клинике, представлять полную информацию, касающуюся здоровья ребенка (аллергические реакции, индивидуальные особенности организма, хронические патологии, иные сведения, имеющие значение для правильного лечения), подписывать договор на оказание медицинских услуг, анкеты о состоянии здоровья, информированные добровольные согласия, добровольный отказ от лечения, иные юридические и медицинские документы, принимать решение о том или ином методе лечения, если они являются альтернативными, выполнять иные действия и формальности, связанные с осуществлением полномочий по настоящей Доверенности.

Доверенность выдана на _____ без права передоверия.

(срок действия доверенности)

Подпись законного представителя _____/_____/

Личность законного представителя удостоверяю _____

_____/_____/

(подпись) (расшифровка)

Печать организации: