



УТВЕРЖДЕНО  
Директор филиала ООО «ЛЮДЭ» в  
г. Бресте

Р.В.Ницкая  
\_\_\_\_\_ 2023 г.

## РЕГЛАМЕНТ оказания медицинских услуг несовершеннолетним

### 1. Несовершеннолетние в возрасте до 14 лет (малолетние)

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 (форма прилагается).

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»).

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.

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»).

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

2.3. 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 (письменная форма заявления прилагается).

2.4. 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.

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:

Врач-педиатр (заведующий)  
педиатрическим отделением

Ведущий юрисконсульт

  


С.А.Алексейчук

Т.Н.Лукша

Приложение № 1  
к Регламенту оказания  
медицинских услуг  
несовершеннолетним

Директору филиала  
ООО «ЛЮДЭ» г.Бреста  
Ницкой Р.В.

### Согласие

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

Паспорт \_\_\_\_\_,  
(серия, номер, кем и когда выдан)

Место жительства \_\_\_\_\_  
являясь родителем несовершеннолетнего ребенка в возрасте до 14 лет

\_\_\_\_\_ (указать ФИО ребенка и дату рождения, идентификационный номер)

даю согласие на сопровождение, оказание медицинских услуг в присутствии и предоставление информации об обращении за медицинской помощью в структурные подразделения филиала ООО «ЛЮДЭ» в г.Бресте, 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. /до отзыва согласия следующему лицу (сопровождающему)

\_\_\_\_\_ ФИО (паспортные данные) кто сопровождает и кому предоставить информацию

\_\_\_\_\_ дата

\_\_\_\_\_ /  
подпись

\_\_\_\_\_ /  
расшифровка

Приложение № 2  
к Регламенту оказания  
медицинских услуг  
несовершеннолетним

Директору филиал ООО «ЛОДЭ»  
в г.Бресте  
Ницкой Р.В.

### Согласие

Я (ФИО законного представителя), \_\_\_\_\_, даю согласие на самостоятельное посещение врача-специалиста филиала ООО «ЛОДЭ» в г.Бресте 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)

\_\_\_\_\_  
(ФИО несовершеннолетнего в возрасте от 14 до 18 лет, дата рождения, идентификационный номер)  
на срок с момента подписания настоящего согласия и до \_\_\_\_\_ г./до отзыва согласия.

Ф.И.О (законного представителя) \_\_\_\_\_

Место жительства: \_\_\_\_\_

Паспорт серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

Выдан \_\_\_\_\_

(кем, когда)

Подпись \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

Дата \_\_\_\_\_