**О ПОРЯДКЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ ИНТЕРЕСОВ  
 НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ДЕТЕЙ, НЕ ДОСТИГШИХ  
ВОЗРАСТА 15 ЛЕТ, В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ ДЕПАРТАМЕНТА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ**

Интересы несовершеннолетнего ребенка в медицинской организации в силу требований Семейного кодекса Российской Федерации могут представлять лишь его родители (мать или отец) и законные представители (усыновители, опекуны, попечители, органы опеки и попечительства).

Документами, подтверждающими полномочия родителей, являются свидетельство о рождении ребенка, а в случае установления отцовства – свидетельство об установлении отцовства и документ, удостоверяющий личность родителя. Опекунами дополнительно предоставляются документы, выданные органами опеки об установлении опеки либо попечительства.

Согласно федеральному законодательству **все иные лица**, в том числе другие родственники ребенка **(бабушки, дедушки, сестры, братья, тёти, дяди** и т.д. – **далее близкие родственники**) **не являются** **законными представителями** ребёнка и не наделены полномочиями по представлению интересов детей в медицинских организациях.

Передоверие полномочий родителей родственникам ребёнка путём выдачи доверенности, в том числе заверенной нотариально, законодательством Российской Федерации не допускается.

В соответствии с частью 2 статьи 20 Федерального закона   
от 21 ноября 2021 г. № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон № 323-ФЗ) информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство несовершеннолетнему лицу, не достигшему возраста 15 лет, дает один из его родителей или иной законный представитель в письменной форме.

Близкие родственники при сопровождении ребёнка в медицинской организации **не вправе** **подписывать** информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство ребёнку либо отказ от него, этот документ подписывает родитель либо законный представитель.

Заочная дача информированного согласия родителем дистанционно, например, посредством телефонных каналов связи, мессенджеров и социальных сетей законом не предусмотрена.

При прикреплении к медицинской организации в соответствии с приказом Минздравсоцразвития России от 23 апреля 2012 г. № 390н родители дают добровольное информированное согласие по Перечню определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, на весь срок прикрепления к медицинской организации.

К таким вмешательствам применительно к стоматологической практике относятся:

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.

2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, фарингоскопия.

3. Антропометрические исследования.

4. Термометрия.

5. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).

6. Лабораторные методы обследования.

7. Функциональные методы обследования.

8. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, допплерографические исследования.

9. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно.

Таким образом, при обращении ребёнка в медицинскую организацию без родителей или законных представителей медицинская помощь может быть оказана в объёме, установленном приказом Минздравсоцразвития России   
от 23 апреля 2012 г. № 390н.

Кроме того, медицинское вмешательство без согласия родителей или законных представителей ребёнка может быть оказано в случаях и порядке, установленных частями 9 и 10 статьи 20 Федерального закона № 323-ФЗ.

Следует отметить, что в соответствии со статьёй 13 Федерального закона   
№ 323-ФЗ сведения о факте обращения ребёнка за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении, составляют врачебную тайну, разглашение которой не допускается, за исключением случаев, прямо предусмотренных законом.

Таким образом, если другие родственники ребенка не поименованы в добровольном информированном согласии, то сообщение им информации о состоянии здоровья ребёнка, результатах обследования и предполагаемом лечении, выдача медицинской документации и т.п. не представляется возможным.

Часто бывает, что мама или папа не могут посетить медицинскую организацию вместе с ребенком и просят об этом бабушку, дедушку или няню.

Для организации оказания медицинской помощи в такой ситуации родителям либо законным представителям ребёнка рекомендуется при обращении в медицинскую организацию:

1. Заблаговременно при даче информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство, в том числе при прикреплении к медицинской организации, указать в нём данные родственников ребёнка, которым возможна передача сведений, составляющих врачебную тайну.
2. Оформить письменное Согласие на сопровождение ребенка в медицинской организации на человека, который будет представлять интересы ребенка в поликлинике (рекомендуемый образец прилагается).

Доверенному лицу рекомендуется иметь при себе:

- подлинник Согласия;

- копию Согласия;

- документ, удостоверяющий личность.

Копия Согласия вносится в медицинскую карту стоматологического больного, а подлинник предъявляется доверенным лицом каждый раз при посещении любого подразделения медицинской организации.

Источник: письмо Департамента здравоохранения города Москвы от 19.01.2022 № 54-18-36/22

**СОГЛАСИЕ**

«\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г. г. Москва

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ФИО полностью) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г.р. паспорт серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_дата выдачи «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_г. кем выдан: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

зарегистрирован(на) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

ДОВЕРЯЮ

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( ФИО полностью), паспорт серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ номер\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дата выдачи «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г.   
кем выдан:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

зарегистрированной(ному) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Сопровождать моего несовершеннолетнего ребенка\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(ФИО, дата рождения)

в медицинские организации государственной системы здравоохранения города Москвы, а также:

- получать справки, выписки, рецепты и иные документы;

- оплачивать оказание медицинской помощи, не входящей в Территориальную программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в городе Москве, из средств законного представителя либо из собственных средств;

Согласие выдано без права передоверия вышеуказанных полномочий сроком на три года с момента ее подписания и действительно при предъявлении документа, удостоверяющего личность.

Фамилия, имя, отчество родителя (законного представителя) полностью:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

День, месяц, год:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись родителя (законного представителя) :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_