

Правила записи на первичный приём консультацию обследование

Первичный приём консультация осуществляется по предварительной записи исходя из графика врача.

Записаться на приём можно через:

1) Колл-центр: +7 (978) 833 22 16

График работы колл-центра с 7 00 до 22 00, без выходных

2) Запись в клинике напрямую у администратора

При любом первичном посещении пациент обращается в регистратуру, где уточняется цель посещения.

Для получения записи на прием пациент должен предоставить регистратору оригиналы следующих документов (либо их надлежащим способом заверенные копии):

- документ, удостоверяющий личность;
- при обращении с детьми:

Условия посещения несовершеннолетних клиники Авиценна.

На основании статей 20 и 54

Федерального Закона Российской Федерации

от 21.11.2011 №323-ФЗ

«Об основах здоровья граждан в Российской Федерации»:

- *прием детей до 15 лет* осуществляется только в присутствии одного из родителей или законного представителя;

- *несовершеннолетние в возрасте старше 15 лет* имеют право самостоятельно обращаться за оказанием медицинской помощи и давать информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство или отказ от него.

Обращаем внимание!

При оказании платных медицинских услуг договор оформляется:

- пациентам до 15 лет в присутствии родителей/законных представителей, первое посещение не совершеннолетнего, должно быть в сопровождении родителя, для заключения доверенности на родственника (который в дальнейшем будет сопровождать ребенка для приема в клинике): бабушка, тетя, старшая сестра и т.д.

- пациентам с 15 лет до 18 лет - с письменного согласия родителей/законных представителей, первое посещение не совершеннолетнего, должно быть в сопровождении родителя, для заключения согласия (дальнейшего посещения самостоятельно, уже без присутствия родителя)

- направление от лечащего врача (МРТ с контрастом, КТ, детям до 10 лет на рентгенографические исследования, маммография - до 40 лет).

ДОВЕРЕННОСТЬ
на заключение договора оказания платных медицинских услуг

г. Симферополь

«_» _____ 20__ г.

Я, _____
(фамилия, имя, отчество законного представителя)

паспорт: N, серия _____

ВЫДАН (кем выдан, дата выдачи) _____

адрес регистрации: _____

являюсь законным представителем несовершеннолетнего ребенка _____

(ФИО ребенка)

Документ, подтверждающий статус законного представителя:

(свидетельство о рождении ребенка, документ подтверждающий статус опекуна, усыновителя, попечителя
несовершеннолетнего)

доверяю _____
(ФИО несовершеннолетнего ребенка)

паспорт: N, серия _____

ВЫДАН (кем выдан, дата выдачи) _____

адрес регистрации: _____

заключать договор с медицинским учреждением ООО «РЕЙН-ЛТД», расположенного по адресу: Республика Крым, г. Симферополь, пр. Победы, 33А, на оказание платных медицинских услуг.

Средства для оплаты медицинских услуг предоставлены ребенку для свободного пользования. Ребенок может использовать средства из собственных доходов. Ребенок может использовать средства, предоставленные родственником.*

Подпись: _____
подпись родителя (законного представителя) с расшифровкой

* Статья 26 ГК РФ

1. Несовершеннолетние в возрасте от четырнадцати до восемнадцати лет совершают сделки, за исключением названных в пункте 2 настоящей статьи, **с письменного согласия своих законных представителей - родителей, усыновителей или попечителя**....

2. Несовершеннолетние в возрасте от четырнадцати до восемнадцати лет вправе самостоятельно, без согласия родителей, усыновителей и попечителя:

1) распоряжаться своими заработком, стипендией и иными доходами;
2) осуществлять права автора произведения науки, литературы или искусства, изобретения или иного охраняемого законом результата своей интеллектуальной деятельности;

3) в соответствии с законом вносить вклады в кредитные организации и распоряжаться ими;

(в ред. Федерального закона от 30.12.2012 N 302-ФЗ)

4) совершать мелкие бытовые сделки и иные сделки, предусмотренные пунктом 2 статьи 28 настоящего Кодекса.

Статья 28 ГК РФ

2. Малолетние в возрасте от шести до четырнадцати лет вправе самостоятельно совершать:

1) мелкие бытовые сделки;
2) сделки, направленные на безвозмездное получение выгоды, не требующие нотариального удостоверения либо государственной регистрации;

3) сделки по распоряжению средствами, предоставленными законным представителем или с согласия последнего третьим лицом для определенной цели или для свободного распоряжения.

3. Имущественную ответственность по сделкам малолетнего, в том числе по сделкам, совершенным им самостоятельно, несут его родители, усыновители или опекуны, если не докажут, что обязательство было нарушено не по их вине. Эти лица в соответствии с законом также отвечают за вред, причиненный малолетними.

ДОВЕРЕННОСТЬ
на представление интересов ребенка в медицинских
организациях

г. Симферополь

«__» _____ 2022 г.

Я, _____
паспорт серии _____, номер _____, выдан _____
зарегистрированный (ая) по адресу _____
проживающий (ая) по адресу: _____

ПОРУЧАЮ:

(ФИО поверенного)
паспорт серии _____, номер _____, выдан _____
зарегистрирован (а) по адресу _____
проживающий (ая) по адресу _____

представлять интересы моего ребенка:

(ФИО ребёнка)
_____ года рождения, свидетельство о рождении _____,
(число, месяц) (№ свидетельства)
выдано _____ года,
(число\месяц\год) (кем выдано)

Выполнять полномочия законного представителя моего ребенка и представлять мои интересы во взаимоотношениях с ООО «РЕЙН-ЛТД», расположенного по адресу: Республика Крым, г. Симферополь, пр. Победы, 33а, по вопросам, связанными с получением медицинской помощи и услуг, в частности:

1. Сопровождать моего несовершеннолетнего ребенка на прием врачей-специалистов, во время проведения медицинских процедуры и находиться рядом;
2. 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.
6. Получать справки, выписки, рецепты и иные документы

Доверенность выдана сроком на _____ без права передоверия.

Подпись _____ подтверждаю _____
(ФИО поверенного) (Подпись поверенного)

Фамилия, имя отчество доверителя полностью:

Подпись доверителя: _____