

Уважаемые родители!!!!

В случае невозможности законных представителей (отец, мать, опекун, попечитель) сопровождать своего ребенка в медицинское учреждение, представлять его интересы при оказании ему медицинской помощи (ФЗ №323 от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан РФ») может быть оформлена доверенность на родственника, сопровождающего ребенка.

При посещении медицинского учреждения доверенное лицо должен(а) иметь при себе:

- подлинник доверенности;
- свидетельство о рождении ребенка;
- документ удостоверяющий личность (паспорт)

Копия доверенности прикладывается к амбулаторной карте Пациента, а подлинник доверенности предъявляется доверенным лицом каждый раз при посещении медицинского учреждения.

ДОВЕРЕННОСТЬ
на представление интересов ребенка, не достигшего 15 лет, в медицинских
организациях

г. Уфа

« _____ » _____ 20 _____ год

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\год № свидетельства
выдано _____ года, _____
_____ число\месяц\год _____ кем выдано

Представлять мои интересы в медицинском учреждении - ООО «Стоматология доктора Томилиной» (ИНН 0274188957), по поводу получения моим ребенком медицинской помощи и услуг в медицинских организациях любых форм собственности, в частности:

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 _____ месяц **без права передоверия.**

Подпись _____ подтверждаю _____

ФИО поверенного

Подпись поверенного

Фамилия, имя отчество доверителя полностью:

Подпись доверителя: _____