

## 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.

Примерный образец доверенности можно скачать [здесь](#) для заполнения и подписания.

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. Светлоград

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 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 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: \_\_\_\_\_