

ДОВЕРЕННОСТЬ

на представление интересов пациента в медицинской организации

Я _____

паспорт серия _____ номер _____ выдан _____

зарегистрированная (ный) по адресу _____

поручаю _____

паспорт серия _____ номер _____ выдан _____, зарегистрированная (ный) по адресу _____

представлять интересы моего ребенка _____

(ФИО)

год рождения _____, свидетельство о рождении серия _____ номер _____

_____ выдано _____

в медицинских организациях любых форм собственности по поводу получения медицинской помощи (медицинских услуг), а именно:

1. Подписывать от моего имени договор на оказание медицинских услуг.
2. В ситуации необходимости оказания экстренной (неотложной) медицинской помощи, а также в любых ситуациях, при которых я буду не в состоянии выразить свою волю, принимать все решения относительно моего ребенка, в т. ч. подписывать добровольные информированные согласия на медицинские вмешательства, отказы от медицинского вмешательства.
3. Оплачивать лечение моего ребенка из моих, либо собственных средств.
4. Получать полную и достоверную информацию о здоровье моего ребенка в виде медицинских справок, медицинских заключений, копий, выписок из медицинской карты, оригинала медицинской карты, включая любые рентгенологические снимки, слепки, результаты анализов.
5. Обратиться в государственные, муниципальные органы исполнительной власти с целью защиты моих законных прав и интересов, в частности: подавать жалобы, заявления, запросы, давать объяснения, получать результаты проверок, ответы на заявления, запросы, жалобы.

Доверенность выдана сроком на _____ без права передоверия.

Подпись поверенного _____ подтверждаю _____

Фамилия, имя, отчество доверителя полностью:

“ ____ ” _____ 20__ г.