

ДОВЕРЕННОСТЬ

«___» _____ г.

г. Екатеринбург

Я, _____ (Ф.И.О.) _____ г.р.
паспорт серия _____ номер _____ дата выдачи «___» _____ г. кем вы-
дан: _____
зарегистрирован(на) _____
_____ фактически проживаю

ДОВЕРЯЮ

_____ (Ф.И.О.),
паспорт серия _____ номер _____ дата выдачи «___» _____ г. кем выдан:
_____ заре-
гистрированной(ному) _____ фактически прожива-
ющему _____
сопровождать моего несовершеннолетнего ребенка _____
_____ (Ф.И.О., дата рождения)

в лечебные учреждения г. Екатеринбурга, а также:

- получать любую информацию относительно состояния здоровья моего ребен-
ка;

-получать справки, выписки, рецепты и иные документы;

Доверенность выдана без права передоверия вышеуказанных полномочий сро-
ком на три года с момента ее подписания и действительна при предъявлении доку-
мента удостоверяющего личность (паспорт).

Подпись доверителя _____ (Ф.И.О.)

Внимание!

Доверенность НЕ ДАЕТ ПРАВО подписывать все виды информированных согласий, в том числе на медицинские вмешательства и вакцинацию (основание: ФЗ №323 от 21.11.11г. «Об основах охраны здоровья граждан РФ»; ст. 26 и 28 Гражданского кодекса РФ; ст. 64 и 123 Семейного кодекса РФ, приказ Министерства здравоохранения РФ №1051-н от 12.11.21г. «Об утверждении порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства, формы информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и формы отказа от медицинского вмешательства»).

ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ
на оказание медицинских услуг на платной основе

Я, _____
являясь законным представителем несовершеннолетнего _____, в соответствии с требованиями ФЗ № 323-ФЗ от 21.11.2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» даю свое согласие на:

- ознакомление с комплексом медицинских вмешательств, предоставляемых МАУ «ДГБ № 15» пациентам в соответствии с «Программой государственных гарантий»
- ознакомление с информацией о состоянии здоровья и диагнозами несовершеннолетнего, в отношении которого я являюсь законным представителем
- получение медицинской помощи – комплекса медицинских вмешательств, различных медицинских обследований: функциональных, лучевых, инструментальных, лабораторных, осмотров и консультаций врачом педиатром и врачами узкими специалистами в декретированные сроки с профилактической целью и по мере необходимости, необходимых методов лечения
- проведение вакцинации в соответствии с национальным, региональным календарями профилактических прививок. Информирован(-а) возможных поствакцинальных осложнениях, о выполнении рекомендаций медицинских работников при проведении вакцинации и в послевакцинальный период.

Я имел (а) возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получил (а) исчерпывающие ответы. Я информирован(-а) о возможности получения услуги бесплатно.

Я, _____
даю **СОГЛАСИЕ** на получение вышеуказанного комплекса медицинской помощи на платной основе.

Данное информированное согласие подписано добровольно, собственноручно

Дата _____ 20 ____ г.

Подпись
законного представителя ребенка
_____ (_____)

Ф.И.О. подпись
медицинского работника
_____ (_____)