

ДОВЕРЕННОСТЬ
на представление интересов законного представителя ребенка,
не достигшего 15 лет, в КГБУЗ ККОКБ им. профессора П.Г. Макарова

«__» _____ 202__ г.

(место составления доверенности (населенный пункт))

Я, _____

(ФИО одного из родителей, опекуна, попечителя, иного законного представителя)

Паспорт, серия _____

номер _____

выдан _____

(дата выдачи)

(кем выдан)

Зарегистрированный по адресу: _____

Контактный тел. _____,

являясь законным представителем ребенка _____

(мать, отец, опекун, попечитель, иной законный представитель ребенка)

Поручаю: _____

(ФИО поверенного)

Паспорт, серия _____

номер _____

выдан _____

(дата выдачи)

(кем выдан)

Зарегистрированный по адресу: _____

Представлять интересы ребенка: _____

(ФИО ребенка)

_____ года рождения, свидетельство о рождении № _____

(число, месяц, год)

(№ свидетельства)

Выдано _____

года _____

(число, месяц, год)

(кем выдано)

Именно:

представлять мои интересы в части получения моим ребенком медицинской помощи и медицинских услуг в КГБУЗ ККОКБ им. профессора П.Г. Макарова, и совершать следующие действия:

1. Подписывать от моего имени договор на оказание медицинских услуг моему ребенку.
2. Подписывать добровольные информированные согласия на медицинские вмешательства моему ребенку, на обработку персональных данных моего ребенка.
3. Принимать все решения относительно здоровья моего ребенка.
4. Принимать решения и подписывать документы об отказе от медицинских вмешательств.
5. Оплачивать лечение моего ребенка из моих или из своих собственных средств.
6. 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 один год без права передоверия.

Подпись _____

(ФИО поверенного)

_____ подтверждаю

(подпись поверенного)

Фамилия, имя, отчество доверителя полностью: _____

Подпись доверителя _____

Подпись заверителя _____

М.П. медицинской организации _____

Информация для родителей по предоставлению интересов несовершеннолетних, не достигших 15-летнего возраста (малолетних)

УВАЖАЕМЫЕ РОДИТЕЛИ!

В соответствии с требованиями Семейного кодекса РФ интересы несовершеннолетнего, не достигшего 15 летнего возраста (малолетнего), в медицинской организации могут представлять лишь его родители (мать или отец) и законные представители (усыновители, опекуны, попечители, органы опеки и попечительства).

В соответствии с требованиями ч.2 ст. 20 Федерального закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство несовершеннолетнему лицу, не достигшему возраста 15 лет, дает один из его родителей или иной законный представитель.

В российском законодательстве есть только два вида представительства: законное представительство (родители, опекуны, попечители) и представительство на основании доверенности. Медицинские вмешательства несовершеннолетним без согласия родителей (законных представителей) допускаются только по экстренным показаниям, для устранения угрозы жизни ребенка (ст. 20 Федерального закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»).

В связи с этим родственники ребенка, не являющиеся его законными представителями и сопровождающие его на прием к врачу, должны иметь при себе доверенность от родителей (законных представителей), составленную в простой письменной форме и подписанную в присутствии сотрудника медицинского учреждения, заверенную подписью главного врача (либо уполномоченного лица в соответствии с распоряжением по медицинскому учреждению) и печатью направляющего медицинского учреждения. Нотариальное заверение доверенности не требуется, но и не запрещено.

В целях оптимизации продолжительности приема, предлагаем родителям (законным представителям) заранее заполнить доверенность на лицо, сопровождающее ребенка в наше учреждение. При обращении сопровождающий ребенка должен иметь при себе доверенность от законных представителей и свой паспорт.

ОБРАЩАЕМ ВАШЕ ВНИМАНИЕ, что медицинские работники проводят сверку паспортных данных сопровождающего с данными, указанными в доверенности.

Бланк доверенности размещен на сайте больницы www.ocularc.ru.

С уважением,
администрация КГБУЗ ККОКБ
им. профессора П.Г. Макарова