

# ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ

## Уважаемые пациенты!

В Медицинское учреждение ребенок должен приходить в сопровождении законного представителя. Это требование Федерального закона № 323 от 21.11.2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан РФ».

Информацию о состоянии здоровья ребенка могут получить **ТОЛЬКО** его законные представители.

Законными представителями несовершеннолетнего, не достигшего 18-летнего возраста, в силу статей 21 и 26 Гражданского кодекса Российской Федерации, являются родители, усыновители, опекуны и попечители.

Лица, не являющиеся законными представителями несовершеннолетнего ребенка, в том числе бабушки, дедушки и иные родственники несовершеннолетнего, имеют право сопровождать Вашего ребенка при получении им медицинских услуг в нашей Клинике на основании **ПИСЬМЕННОЙ ДОВЕРЕННОСТИ**.

Доверенность на представление интересов законного представителя ребёнка, не достигшего 18 лет, должна быть удостоверена в установленном законодательством Российской Федерации порядке.

При сопровождении несовершеннолетнего в нашу Клинику доверенное лицо должно иметь при себе подлинник доверенности и документ, удостоверяющий личность (паспорт), а также свидетельство о рождении несовершеннолетнего ребенка (для родителей); документ об усыновлении или назначении опеки (для усыновителей или опекунов)

## ДОВЕРЕННОСТЬ

на представление интересов несовершеннолетнего гражданина

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

г. Курск

Я, \_\_\_\_\_,

(Ф.И.О. родителя/законного представителя полностью)

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ г. рождения, паспорт: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_,

выдан \_\_\_\_\_ дата \_\_\_\_\_,

зарегистрированный(ая) по адресу: \_\_\_\_\_,

действуя за своего несовершеннолетнего (недееспособного) ребенка

(Ф.И.О. ребенка полностью, дата рождения)

свидетельство о рождении: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_,

выдано \_\_\_\_\_ дата \_\_\_\_\_,

уполномочиваю настоящей доверенностью

(Ф.И.О. доверенного лица полностью)

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ г. рождения, паспорт: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_,

выдан \_\_\_\_\_ дата \_\_\_\_\_, зарегистрированного по адресу:

\_\_\_\_\_

выполнять полномочия законного представителя моего ребенка и представлять мои интересы  
во взаимоотношениях с медицинским учреждением \_\_\_\_\_

(наименование медицинского учреждения полностью, полный адрес)

по всем вопросам, связанным с медицинским вмешательством, в частности:

- сопровождать ребенка при посещении медицинского учреждения, присутствовать на приеме врача, при проведении любых процедур и манипуляций;
- подписывать от моего имени договор на оказание медицинских услуг моему ребенку;
- принимать все решения относительно здоровья моего ребенка и подписывать добровольные информированные согласия на медицинские вмешательства, отказы от медицинских вмешательств;
- оплачивать лечение;
- получать справки, выписки, рецепты;
- получать информацию о здоровье моего ребенка на приеме врачей, в виде копий медицинской документации и выписок из нее.

Настоящая доверенность выдана без права передоверия сроком на \_\_\_\_\_.

Доверитель: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. родителя/законного представителя полностью)

(подпись)

Доверенное лицо: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. доверенного лица полностью)

(подпись)