

## ДОВЕРЕННОСТЬ

на сопровождение несовершеннолетнего в медицинское учреждение ООО «ЦСНУ»

\_\_\_\_\_ (число, месяц, год составления доверенности)

Я \_\_\_\_\_, паспорт серии \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_, тел. \_\_\_\_\_ зарегистрированный (-ая) по адресу: \_\_\_\_\_, в дальнейшем «Доверитель» являюсь законным представителем

\_\_\_\_\_ (ФИО, число, месяц, год рождения ребенка, номер Свидетельства о рождении)

уполномочиваю \_\_\_\_\_,

(ФИО представителя)

паспорт серии \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_, зарегистрированной (-ому) по адресу: \_\_\_\_\_ тел. \_\_\_\_\_,

степень родства, основание представительства \_\_\_\_\_,

(бабушка, дедушка, тетя, дядя, няня)

в дальнейшем «Поверенный», сопровождать несовершеннолетнего (мою дочь, моего сына)

в медицинских организациях любых форм собственности по поводу оказания медицинских услуг, и представлять его интересы в учреждениях здравоохранения, а именно:

- подписывать добровольное информированное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной врачебной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н именно:

- опрос, осмотр (пальпация, риноскопия, перкуссия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальные исследования), антропометрические исследования, термометрия, неинвазивные исследования органов зрения и зрительных функций, неинвазивные исследования органов слуха и слуховых функций, исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы), лабораторные методы исследования (клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические), функциональные методы обследования, рентгенологические методы исследования, введение лекарственных препаратов по назначению врача (внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно, введение вакцин и иммунопрепаратов), медицинского массажа и ЛФК, кроме того, даю согласие на проведение ингаляций, биопунктуры, лор-манипуляций, криотерапии, осмотра гинеколога(детского), уролога (детского).

- подписывать договор об оказании медицинских услуг несовершеннолетнему

- оплачивать лечение, оказываемые услуги

- получать информацию, составляющую врачебную тайну в отношении несовершеннолетнего

\_\_\_\_\_ - получать информацию о состоянии здоровья моего сына /моей дочери в виде медицинских справок, медицинских заключений, выписок из медицинской карты, рентгеновские снимки, результаты проб и анализов.

Подпись Поверенного \_\_\_\_\_ удостоверяю.

ФИО Доверителя \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (расшифровка)