

**ДОВЕРЕННОСТЬ**  
**на представление интересов законного представителя ребенка,**  
**не достигшего 15 лет, в медицинских организациях.**

г. Москва

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202\_\_ г.

Я, \_\_\_\_\_,

(ФИО)

Паспорт серии \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ г.

(когда и кем выдан)

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

(адрес регистрации)

Настоящей доверенностью уполномочиваю \_\_\_\_\_

(степень родства с ребенком: бабушка, дедушка, тетя, дядя, няня)

(ФИО полностью)

Паспорт серии \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ г.

(когда и кем выдан)

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

(адрес регистрации)

представлять мои интересы в части сопровождения моего ребенка \_\_\_\_\_

(ФИО полностью)

\_\_\_\_\_ года рождения, свидетельство о

рождении \_\_\_\_\_, выдано \_\_\_\_\_

(серия и номер документа)

(дата выдачи)

(кем выдано)

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

1. Подписывать от моего имени договор на оказание медицинских услуг моему ребенку.
2. Принимать все необходимые решения относительно здоровья моего ребенка, подписывать добровольные информированные согласия на медицинские вмешательства, 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, планы обследования и лечения.
3. Подписывать и принимать решения об отказе от медицинских вмешательств.
4. Оплачивать стоимость медицинских и сопутствующих услуг ребенка из моих, либо собственных средств.
5. 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.
6. Получать справки, финансовые документы, результаты обследования и лечения.

Доверенность выдана сроком на \_\_\_\_\_ года, без права передоверия.

(от 1 до 5 лет)

Подпись поверенного \_\_\_\_\_ подтверждаю.

(подпись, расшифровка подписи полностью - ФИО)

Подпись доверителя: \_\_\_\_\_

(подпись, расшифровка подписи полностью - ФИО)