

ДОВЕРЕННОСТЬ

_____ (дата выдачи Доверенности)

г. Москва

Настоящей доверенностью я, _____,
(ФИО уполномоченного представителя пациента-несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет)

_____ (паспортные данные)
Доверяю присутствовать при проведении медицинского осмотра
_____ год рождения _____
(ФИО пациента- несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет)

_____ (ФИО лица, уполномоченного на присутствие при проведении медицинского осмотра)

(_____)
(паспортные данные)

В соответствии с полномочиями _____
(ФИО лица, уполномоченного на присутствие при проведении медицинского осмотра)

имеет право:

- ✓ Подписывать информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство;
- ✓ Присутствовать при проведении медицинского осмотра пациента – несовершеннолетнего не достигшего 15 лет;
- ✓ Получать письменно/устно от лечащего врача, производящего медицинский осмотр пациента, информацию о состоянии здоровья пациента;
- ✓ Получать письменно/устно от лечащего врача, производящего медицинский осмотр пациента, рекомендации о лечении;
- ✓ Получать письменный рецепт на лекарственные средства, необходимые в процессе лечения пациента, от лечащего врача, производящего осмотр пациента.

Полномочия по данной доверенности не могут быть переданы другим лицам.

Доверенность действительна по _____ года включительно.

_____/_____
(подпись лица, выдавшего Доверенность)

_____/_____
(ФИО лица, выдавшего Доверенность)