

**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)

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

(ФИО полностью)

(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 представления интересов моего несовершеннолетнего ребенка в учреждениях здравоохранения и получения  
им 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: на проведение профессиональной гигиены полости рта, на местную анестезию, на терапевтическое вмешательство, на ортопедическое лечение, на проведение ортодонтического лечения, ИДС и договор ответственности пациентов при применении ортодонтического метода лечения с системой элайнеров, на терапевтическое лечение временных зубов у детей, на хирургическое стоматологическое лечение, на стоматологическое лечение в условиях внутривенной седации, А ТАКЖЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ: опроса, в том числе выявления жалоб, сбора анамнеза, осмотра (пальпация, перкуссия, аускультация), термометрию, тонометрию, функциональные методы обследования, рентгенологические методы обследования, введения лекарственных препаратов по назначению врача (внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикжно), кроме того, даю согласие на проведение биопунктуры, а также подписание **планов 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 информацию, составляющую врачебную тайну в отношении моего несовершеннолетнего ребенка:

7. 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)