

ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ДЕТЕЙ

Посещение врача поликлинического отделения ФГБУ НКЦО ФМБА России несовершеннолетними пациентами проходит в присутствии родителя (законного представителя) в соответствии со ст. 64 Семейного кодекса Российской Федерации. Если родитель (законный представитель) по каким-либо причинам не имеет возможности сопровождать своего ребенка в поликлиническое отделение ФГБУ НКЦО ФМБА России, то представлять интересы несовершеннолетнего ребенка по вопросам, связанным с оказанием медицинских услуг в ФГБУ НКЦО ФМБА России, вправе иное лицо, имеющее нотариально удостоверенную доверенность либо доверенность, оформленную в соответствии со ст. 185 ГК РФ (образец прилагается).

Согласно ч. 2 ст. 20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство или отказ от медицинского вмешательства дает один из родителей или иной законный представитель в отношении несовершеннолетнего лица в возрасте до 15 лет или больных наркоманией несовершеннолетних в возрасте до 16 лет.

ДОВЕРЕННОСТЬ**на представление интересов законного представителя ребенка,****не достигшего 15 лет, в ФГБУ НКЦО ФМБА России**

г. Москва

«__» _____ 20__ г.

Я, гражданин(ка)

(ФИО, дата рождения)

паспорт серии _____ номер _____,
выданный _____

(кем и когда)

зарегистрированный по адресу:

фактически проживающий по адресу:

контактный тел.: _____,

действуя за своего малолетнего (недееспособного)/несовершеннолетнего ребенка

(ФИО полностью, дата рождения)

На основании ст. 185 ГК РФ, настоящей доверенностью уполномочиваю гражданина(ку)

(ФИО, дата рождения)

паспорт серии _____ номер _____,
выданный _____

(кем и когда)

зарегистрированный по адресу:

представлять интересы моего малолетнего (недееспособного)/несовершеннолетнего ребенка по вопросам, связанным с оказанием медицинских услуг в ФГБУ НКЦО ФМБА России (далее - Центр), находящегося по адресу: г. Москва, Волоколамское ш., д. 30, корп. 2.

Для выполнения представительских функций предоставляются следующие права:

- сопровождать ребенка в Центре, нести полную ответственность за сопровождающего ребенка в Центре;
- нести ответственность о предоставляемой развернутой информации, касающейся здоровья ребенка (сообщать об имеющихся аллергических реакциях, хронической патологии и др. сведений, необходимых для оказания квалифицированного лечения);

- принимать все решения относительно здоровья моего ребенка и подписывать добровольные информированные согласия на медицинские вмешательства, отказы от медицинских вмешательств;
- получать информацию о здоровье моего ребенка на приеме врачей, в виде оригиналов (копий) медицинской документации и выписок из нее;
- подписывать от моего имени договор на оказание медицинских услуг моему ребенку;
- оплачивать лечение из моих либо собственных средств;
- совершать иные законные действия, связанные с выполнением настоящей доверенности.

Доверенность выдана сроком на _____ без права передоверия.

Подпись родителя/законного представителя _____ / _____ /

Подпись доверенного лица _____ / _____ /