

Уважаемые родители!

В случае невозможности законных представителей (родители, опекун, попечитель) лично привести ребенка в медицинский центр, для оказания ему медицинских услуг, **должна быть оформлена доверенность на сопровождающее лицо**. Вы можете скачать бланк доверенности (бланк доверенности смотри ниже). Заполненную доверенность необходимо предъявить при посещении медицинского центра.

Дополнительно информируем:

В соответствии с положениями частей 1 и 2 статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Федерального закона № 323-ФЗ), необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является наличие информированного добровольного согласия, которое дается одним из родителей или иным законным представителем в отношении несовершеннолетних в возрасте младше 15 лет (в отношении несовершеннолетних, больных наркоманией, в возрасте младше шестнадцати лет).

Разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, другим гражданам, в целях медицинского обследования и лечения пациента, и в иных целях допускается с письменного согласия гражданина или его законного представителя (часть 3 статьи 13 Федерального закона №323-ФЗ).

Таким образом, правом на выражение информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство в отношении несовершеннолетних, указанных в части 2 статьи 20 Федерального закона № 323-ФЗ, и дачу согласия на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, несовершеннолетнего обладают их законные представители.

В соответствии с действующим законодательством Российской Федерации, в том числе Семейным кодексом Российской Федерации и Федеральным законом от 24.04.2008 г. № 48-ФЗ «Об опеке и попечительстве», законными представителями несовершеннолетних являются их родители, усыновители, опекуны или попечители.

Представитель, действующий на основании доверенности, не является законным, это уполномоченный представитель.

Отмечаем, что законодательством в сфере охраны здоровья, включая Федеральный закон № 323-ФЗ, дача информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство, а также согласия на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, в отношении несовершеннолетнего третьими лицами по доверенности, выданной родителями, иными законными представителями (в том числе заверенной нотариально), не предусмотрена.

на представление интересов несовершеннолетнего лица в медицинской организации

г. Екатеринбург

« ____ » _____ 20 ____ год

Я, _____
(ФИО законного представителя, опекуна, попечителя)
паспорт _____ серии _____, номер _____, выдан _____

(число\месяц\год\кем выдан)

зарегистрированный(ая) по адресу _____
проживающий(ая) по адресу: _____
настоящей _____ доверенностью _____ уполномочиваю:

(ФИО поверенного)

паспорт _____ серии _____, номер _____, выдан _____
зарегистрированный(ая) по адресу _____
проживающий(ая) по адресу: _____
представлять интересы моего ребенка: _____

(ФИО несовершеннолетнего лица)

_____ года рождения, свидетельство о рождении _____
(число\месяц\год\серия\номер свидетельства)

выдано _____
(число\месяц\год\кем выдано)

представлять интересы моего несовершеннолетнего ребенка по всем вопросам, связанным с получением медицинских услуг в медицинской организации ООО «Мира», в том числе:

- сопровождать несовершеннолетнего в медицинской организации при получении медицинской услуги, без права заключения договора на оказание платных медицинских услуг и подписания согласий на медицинское вмешательство (ИДС), нести ответственность за действия несовершеннолетнего в медицинской организации;
- представлять полную информацию, касающуюся здоровья несовершеннолетнего (аллергические реакции, индивидуальные особенности организма, хронические патологии, иные сведения, имеющие значение для правильной диагностики и лечения);
- получать информацию, составляющую врачебную тайну в отношении несовершеннолетнего (о состоянии здоровья несовершеннолетнего в т.ч. в виде результатов клинических консультаций, протоколов диагностических исследований, медицинских справок, медицинских заключений, результаты проб, анализов)*;
- подписывать протоколы согласования медицинских услуг, акты об оказании платных медицинских услуг, оплачивать все медицинские услуги, оказываемые несовершеннолетнему.

Доверенность выдана сроком на _____ без права передоверия.

Подпись _____ / _____ подтверждаю.
(ФИО поверенного) (Подпись поверенного)

* В соответствии с ч. 4 ст. 13 Федерального закона от 21.11.2011 №323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», даю своё согласие ООО «Мира» (ИНН 6674211760 ОГРН 1076674002943) на разглашение (предоставление) лицу, уполномоченному настоящей доверенностью, сведений, составляющих врачебную тайну, в отношении моего несовершеннолетнего ребенка.

Подпись, ФИО доверителя полностью:

_____ / _____