**ВНИМАНИЕ: доверенность согласие удостоверяется главным врачом/заместителем главного врача по медицинской части непосредственно в присутствии законного представителя (с документами) подтверждающие полномочия), заблаговременно, до даты визита на прием к врачу ИЛИ предоставляется в день приема, нотариально заверенном виде.**

ДОЕРЕННОСТЬ

законного представителя на сопровождение несовершеннолетнего в медицинском учреждение,

 в целях получение/оказания медицинской помощи.

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество)

место жительства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, паспорт № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, дата выдачи паспорта \_\_\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

являясь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель)

**уполномочиваю**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество, дата рождения)

место жительства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, паспорт №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, дата выдачи паспорта \_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**сопровождать моего несовершеннолетнего ребенка:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество)

дата рождения: \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_\_, место рождения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

место жительства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

данные паспорта (с 14 лет); свидетельство о рождении;

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**в государственном бюджетном учреждении здравоохранения Московской области «Московская областная детская клиническая травматолого-ортопедическая больница» (далее ГБУЗ МОДКТОБ)** с целью получения/оказания моему ребенку медицинской помощи: обследование и лечение, в том числе в стационарных условиях, а также:

- получать любую информацию относительно состояния здоровья моего ребенка, как в письменном, так и в устном виде;

-получать в отношении моего ребенка справки, выписки и иные документы (их копии) содержащие сведения, составляющие врачебную тайну;

- принимать решения по вопросам медицинских обследований и медицинских вмешательств; подписывать все виды добровольных информированных согласий на медицинские вмешательства и отказы; принимать решения относительно госпитализации моего ребенка в ГБУЗ МОДКТОБ и его выписки.

- заключать, подписывать и оплачивать в интересах моего ребенка договор на оказание платных медицинских услуг;

Мне, как законному представителю, разъяснены и известны цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи моему несовершеннолетнему ребенку.

Доверенность выдана без права передоверия.

Доверенность действительна до \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

ФИО (законного представителя полностью), подпись

Настоящая доверенность/ согласие подписано в моем присутствии, полномочия проверены, подпись законного представителя несовершеннолетнего удостоверяю.

Главный врач А. В. Григорьев