**ДОВЕРЕННОСТЬ**

г. Челябинск « \_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_г.

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(ФИО), паспорт: серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_зарегистрированный (ная) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, являясь законным представителем Пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ФИО),

доверяю:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ФИО), паспорт: серия \_\_\_\_\_\_, номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ зарегистрированный (ная) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ осуществлять права законного представителя несовершеннолетнего \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ФИО), предусмотренные нормами Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в том числе:

право выбора медицинского учреждения и врача, право давать информированное добровольное согласие и отказываться от медицинского вмешательства, право получать любую информацию о состоянии здоровья несовершеннолетнего Пациента, право знакомиться со всеми касающимися здоровья несовершеннолетнего Пациента медицинскими документами, получать их копии, право выбирать лиц, которым в интересах несовершеннолетнего Пациента может передаваться любая информация о состоянии здоровья несовершеннолетнего Пациента, право обращаться от имени Пациента с жалобами и заявлениями к любым должностным лицам, а также представлять интересы несовершеннолетнего Пациента по вопросам оказания медицинской помощи Пациенту в любых медицинских и административных учреждениях Российской Федерации;

реализовывать право на согласование и подписание планов лечения несовершеннолетнего Пациента; осуществлять согласование, подписание актов об оказанных услугах и оплату оказанных платных медицинских услуг, своей подписью подтверждать факт оказания услуг Пациентку (их качество и соответствие условиям Договора об оказании платных услуг);

согласовывать в устной и письменной форме проведение медицинских вмешательств (манипуляций) в том числе путём подписания необходимых медицинских документов (включая страницы амбулаторной карты Пациента);

присутствовать при оказании медицинской помощи несовершеннолетнему Пациенту и оказывать необходимое содействие лечащему врачу при оказании медицинской помощи (в том числе предоставлять необходимую информацию и сведения; реализовывать меры по обеспечению надлежащего поведения несовершеннолетнего Пациента на приёме);

реализовывать иные права законного представителя Пациента в соответствии с нормами действующего законодательства Российской Федерации и положениями Договора об оказании платных услуг № \_\_\_\_\_ от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года.

Настоящая доверенность выдана для цели осуществления прав законного представителя несовершеннолетнего Пациента в рамках исполнения договора об оказании платных услуг № \_\_\_\_\_ от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года и действует в течение всего срока действия вышеназванного Договора или до достижения несовершеннолетним Пациентом возраста восемнадцати лет.

Законный представитель Несовершеннолетнего \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

Главный врач Клиники \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/