

## Уважаемые родители!!!!

1. В случае невозможности законных представителей (отец, мать, опекун, приемные родители) сопровождать своего ребенка в больницу, представлять его интересы при оказании ему медицинской помощи (ФЗ №323 от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан РФ») может быть оформлена доверенность на родственника, сопровождающего ребенка.

2. В соответствии с действующим законодательством данная доверенность может быть заверена в нотариальном порядке либо написана собственноручно законным представителем ребенка.

Примерный образец доверенности можно скачать на сайте ИДЦ для заполнения и подписания.

3. При посещении ИДЦ доверенное лицо должен(а) иметь при себе:

- подлинник доверенности;
- копию доверенности (предоставляется 1 раз при первом посещении)
- документ удостоверяющий личность (паспорт)
- документ, удостоверяющий личность ребенка (паспорт, свидетельство о рождении).

Подлинник доверенности предъявляется доверенным лицом каждый раз при посещении любого подразделения ИДЦ.

4. Обращаем Ваше внимание, что правом принимать решения по вопросам медицинских обследований и медицинских вмешательств, а также правом подписывать все виды информированных добровольных согласий, в том числе на медицинские вмешательства и вакцинацию обладают только законные представители (родители, опекуны, попечители) ребенка, не достигшего 15 лет. В связи с этим просим Вас при посещении ИДЦ с несовершеннолетним ребенком в возрасте до 15 лет предъявлять бланк добровольного информированного согласия на определенное медицинское вмешательство, подписанный законным представителем несовершеннолетнего ребенка.

## ДОВЕРЕННОСТЬ

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.

г. Иркутск

Я, \_\_\_\_\_ (ФИО)  
\_\_\_\_\_ г.р. паспорт серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_ дата  
выдачи « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. кем выдан: \_\_\_\_\_

зарегистрирован(на) \_\_\_\_\_  
фактически проживаю \_\_\_\_\_  
ДОВЕРЯЮ

\_\_\_\_\_ (ФИО).  
паспорт серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_ дата выдачи « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.  
кем выдан: \_\_\_\_\_

зарегистрированной(ному) \_\_\_\_\_  
фактически проживающей(му) \_\_\_\_\_

Сопровождать моего несовершеннолетнего ребенка \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (ФИО, дата рождения)

в ОГ АУЗ «Иркутский областной клинический консультативно-диагностический центр», а также:

- получать любую информацию относительно состояния здоровья моего ребенка;
- получать справки, выписки, рецепты и иные документы;
- заключать и подписывать договоры на оказание платных медицинских услуг, договоры на регистрацию личного электронного кабинета;
- оплачивать медицинские услуги, осуществлять возврат средств за оплаченные но неоказанные медицинские услуги.

Доверенность выдана без права передоверия вышеуказанных полномочий сроком на три года с момента ее подписания и действительна при предъявлении документа удостоверяющего личность (паспорт).

Подпись доверителя \_\_\_\_\_ (ФИО)

Дата