

Информационное письмо

Уважаемые родители наших маленьких пациентов!

Согласно Федеральному закону от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" ст. 20. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и на отказ от медицинского вмешательства, ст. 22. Информация о состоянии здоровья, ст. 54. Права несовершеннолетних в сфере охраны здоровья, давать согласие или отказ от медицинского вмешательства, а также получать информацию о состоянии здоровья детей, не достигших возраста 15 лет могут только родители или иные законные представители.

Бабушки и дедушки, братья и сестры, дяди и тети (или другие люди, которым доверяют родители ребенка) могут представлять интересы ребенка в медицинском учреждении только при наличии Доверенности от родителей.

Образец Доверенности Вы можете взять в регистратуре ООО «Центра клинической фармакологии и фармакотерапии».

Кто может заверить подпись родителя или законного представителя на доверенности?

Подпись в присутствии родителя может заверить:

1. Сотрудник ООО «Центра клинической фармакологии и фармакотерапии».
2. Нотариус.
3. Руководитель по месту работы родителя.
4. Представитель ТСЖ или Управляющей компании по месту жительства.
5. Если родители военнослужащие, то командир воинской части.
6. Если родители отбывают срок в тюрьме, то начальник пенитенциарного учреждения.

Если Вашего малыша в ООО «Центре клинической фармакологии и фармакотерапии» будет сопровождать человек, **не имеющий Доверенности** от родителей на право представления его интересов в медицинском учреждении Вашему малышу **будет отказано в предоставлении медицинских услуг.**

Дети старше 15 лет (не больные наркоманией) могут самостоятельно давать согласие на медицинское вмешательство или отказ от него, а также получать информацию о состоянии своего здоровья.

Администрация ООО «ЦКФФ»

Доверенность

г. Ставрополь _____

Я, _____,
(ФИО)
_____ года рождения, паспорт серия _____ номер _____ дата выдачи _____ г.,
выдан _____,
проживающий (ая) по адресу: _____

Доверяю _____,
(ФИО)
_____ года рождения, паспорт серия _____ номер _____ дата выдачи _____ г.,
выдан _____,
проживающего(ую) по адресу: _____

Сопроводять в ООО «ЦКФФ» моего сына /дочь _____
ФИО ребёнка _____ года рождения

Быть представителем моего ребенка в ООО «ЦКФФ», с правом подписания согласия на обработку персональных данных и согласия на медицинское вмешательство, с правом на получение копии любых медицинских документов медицинских заключений, копии медицинской карты, результатов анализов и т.д. и разъяснения по ним, принимать решения по вопросам медицинских вмешательств, нести ответственность за жизнь и здоровье ребенка в период с _____ по _____ г.
Полномочия по настоящей доверенности не могут быть переданы другим лицам.

Подпись доверителя _____ / _____
подпись (ФИО)
совершена в моем присутствии _____ / _____
подпись (ФИО)