

ДОВЕРЕННОСТЬ

г. Самара

« ____ » _____ 2026 год

Я, _____ (ФИО
родителя, законного представителя), паспорт серия _____ номер _____ выдан

зарегистрированная(ый) по адресу _____

ПОРУЧАЮ

_____ (ФИО сопровождающего)
паспорт серии _____ номер _____ выдан _____
зарегистрирован(а) по адресу _____
представлять мои интересы при сопровождении моего ребенка _____
_____ (ФИО ребенка) ____ . ____ . ____ года рождения,
свидетельство о рождении серия ____ номер _____ выдано ____ . ____ . ____ г.

в медицинских организациях любых форм собственности (в том числе государственных, муниципальных, частных) по вопросам получения медицинской помощи, медицинских услуг и медицинских вмешательств в отношении моего ребенка.

Доверенное лицо вправе:

1. **Заключать и подписывать** от моего имени договоры на оказание платных медицинских услуг моему ребенку, дополнительные соглашения к ним, а также подписывать акты об оказании медицинских услуг.
2. **Получать** полную и достоверную информацию о состоянии здоровья ребенка, результатах обследования, диагнозе, методах лечения, возможном риске, побочных эффектах, а также **получать копии** медицинской документации, выписки из медицинских документов, медицинские заключения, справки и иные документы, связанные с оказанием медицинской помощи ребенку.
3. **Давать информированное добровольное согласие** на медицинское вмешательство (в том числе на вакцинацию, проведение диагностических процедур, лабораторных исследований, инструментальных обследований, амбулаторное и стационарное лечение) от имени моего ребенка.
4. **Отказываться** от медицинского вмешательства (в том числе от вакцинации, от проведения отдельных медицинских процедур, от госпитализации) от имени моего ребенка.
5. **Сопровождать** ребенка при оказании медицинской помощи, в том числе находиться с ним в медицинской организации, в палате, в процедурном кабинете.
6. **Оплачивать** медицинские услуги, приобретать лекарственные препараты и медицинские изделия за счет собственных или моих средств.
7. **Предъявлять** претензии, жалобы, заявления в медицинскую организацию по вопросам качества оказания медицинской помощи, а также **получать** ответы на указанные обращения.
8. **Совершать** иные действия, необходимые для выполнения настоящего поручения, не противоречащие законодательству РФ.

Доверенность выдана сроком на ____ год(а) без права передоверия (или с правом передоверия — если нужно).

Доверенность действительна при предъявлении паспорта.

Доверитель: _____ / _____ / (подпись)/ (ФИО) Дата: « ____ » _____ 202_ г.