

Информация для родителей

Прием пациентов в возрасте от 0 до 18 лет осуществляется строго в присутствии родителей / одного из родителей / опекуна / попечителя, в соответствии с Федеральным законом Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ. Законный представитель должен иметь при себе Паспорт и Свидетельство о рождении ребенка.

В случае, если родители не могут сопровождать ребенка в день приема специалистом необходимо ЗАРАНЕЕ (до визита к специалисту) оформить Доверенность на официальных представителей на предоставление интересов несовершеннолетнего ребенка на стойке Ресепшена в Центре. Законному представителю и доверяемому лицу при себе необходимо иметь Паспорта и Свидетельство о рождении ребенка.

ОБРАЗЕЦ ДОВЕРЕННОСТИ.

г.Калуга «__» _____ 2019г.

Я,

_____(ФИО)паспорт _____, от _____, выдан

_____зарегистрирован(а) по адресу:

_____поручаю _____

_____ (ФИО)паспорт

_____, от _____, выдан

_____зарегистрирован (а) по

адресу: _____ представлять мои
интересы в части сопровождения моего ребенка

_____, _____ Г.р.,
(ФИО)свидетельство о рождении/свидетельство об усыновлении: серия _____

№ _____,(нужное подчеркнуть)выдано года , в ООО «Атмосфера Плюс» по поводу
получения моим ребенком медицинской помощи (услуг), а именно:

- 1.Подписывать от моего имени договор на оказание платных медицинских услуг моему ребенку
- 2.Принимать все решения относительно здоровья моего ребенка и подписывать информированные согласия на медицинские вмешательства.
- 3.Подписывать и принимать решения об отказе от медицинских вмешательств.
- 4.Оплачивать медицинские услуги/лечение из моих или собственных средств.
- 5.Получать полную и достоверную информацию о здоровье моего ребенка, как на приеме врачей, так и в виде копии медицинской документации, оригиналов медицинской документации и выписок из нее, в том числе результаты лабораторных исследований.

Доверенность выдана на срок без права передоверия.

Подпись поверенного подтверждаю.

Фамилия, имя, отчество доверителя/законного представителя полностью:

Подпись доверителя/законного представителя:

(ФИО)

Доверенность подписана доверителем в присутствии медицинского
работника: _____ (должность)
(подпись) Фамилия И.О.

Дата

ПЕЧАТЬ