



ООО Лечебно-диагностический центр «Медицина» МО. г. Наро-Фоминск, Шибанкова 3. 8(496)344-12-03 www.ldc-medicina.ru

Информированное Добровольное согласие\разрешение законного представителя несовершеннолетнего пациента (мать, отец, опекун, усыновитель, попечитель) на передачу устной и\или письменной информации о состоянии его здоровья, результатов его медицинских исследований и диагнозов, оплату за оказанные ему медицинские услуги в ЛДЦ «Медицина», а так же сопровождение несовершеннолетнего пациента в ЛДЦ «Медицина», с целью получения платных медицинских услуг третьим лицам.

Я, _____, пол _____,
дата рождения _____, паспорт серия _____ № _____ выдан _____

Адрес: _____

_____ ,
являясь законным представителем несовершеннолетнего Пациента (мать, отец, опекун, попечитель, усыновитель), действующий в интересах несовершеннолетнего Пациента (ФИО) _____

Пол _____ ;

Дата рождения _____

Адрес _____

Документ, подтверждающий официальное представление интересов несовершеннолетнего пациента _____

Я понимаю, что информация, содержащая «врачебную тайну» о состоянии здоровья несовершеннолетнего пациента, становится достоянием третьего лица.

Я понимаю, что настоящим разрешением, я поручаю сотрудникам Клиники:

- предоставлять информацию о состоянии здоровья моего ребенка лицам, указанным в настоящем документе.

- оформлять медицинскую и немедицинскую документацию, а так же подписывать их у сопровождающих моего ребенка в ЛДЦ «МЕДИЦИНА» с целью получения медицинских услуг, третьих лиц, указанными в настоящем документе;
- допускать по желанию или по необходимости к присутствию третьих лиц, указанным в настоящем документе, при оказании медицинской помощи моему ребенку в помещениях ЛДЦ «МЕДИЦИНА», если иное не прописано в Приложении №3 «ИДС на медицинское вмешательство»
- принимать оплату за оказанные медицинские услуги несовершеннолетнему у третьих лиц, указанных в настоящем документе;

Доверяю передачу устной и/или письменной информации о состоянии здоровья моего ребенка, результатов его медицинских исследований и диагнозов, оплату за оказанные ему медицинские услуги в ЛДЦ «Медицина», а так же сопровождение несовершеннолетнего пациента в ЛДЦ «Медицина» с целью получения платных медицинских услуг следующим лицам **на основании нотариально заверенной доверенности:**

1. ФИО _____
Паспорт, адрес,
контакт _____

Доверенность № _____ от _____

(копия доверенности прилагается к истории болезни)

2. ФИО _____
Паспорт, адрес,
контакт _____

Доверенность № _____ от _____,

выдана _____

(копия доверенности прилагается к истории болезни)

3. ФИО _____
Паспорт, адрес,
контакт _____

Доверенность № _____ от _____

выдана _____

(копия доверенности прилагается к истории болезни)

Мне понятны изложенные в настоящем документе пункты.

Я согласен(а) с вышеизложенным и мне подробно разъяснены и даны ответы на все мои вопросы.

Я понимаю, что законным представителем несовершеннолетнего ребенка согласно ФЗ № 323 является мать, отец,- согласно паспортным данным и свидетельству о

рождении; усыновитель, опекун, попечитель –согласно паспортным данным и решению суда; предъявитель нотариально заверенной доверенности на представление интересов несовершеннолетнего ребенка совместно со своими паспортными данными).

Я понимаю, что бабушка, дедушка, тетя, дядя, брат, сестра моего ребенка являются близкими родственниками несовершеннолетнего пациента, но НЕ являются законными представителями его интересов, если они не имеют нотариально заверенной доверенности от родителей на предоставление интересов несовершеннолетнего).

Законный представитель несовершеннолетнего пациента