**ДОВЕРЕННОСТЬ**

**на представление интересов пациента в медицинской организации**

г. Москва « » 202\_г.

Я, .

(ФИО законного представителя)

« » г.р., паспорт серия № ,

выдан ,

дата выдачи « » г., зарегистрирован (на) по адресу: ,

,

адрес фактического места жительства: .

(заполнить в случае несоответствия адресу регистрации)

**ДОВЕРЯЮ**

**.**

(ФИО поверенного лица)

« » г.р., паспорт серия № ,

выдан ,

дата выдачи « » г., зарегистрирован (на) по адресу: ,

,

адрес фактического места жительства: .

(заполнить в случае несоответствия адресу регистрации)

осуществлять от моего имени все права пациента, предусмотренные ст. ст. 19-23 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ, а именно:

* право выбора врача и выбора медицинской организации;
* получения информации о правах и обязанностях, состоянии здоровья доверителя, в том числе получение сведений о результатах медицинского обследования, наличии заболевания, об установленном диагнозе и о прогнозе развития заболевания, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных видах медицинского вмешательства, его последствиях и результатах оказания медицинской помощи;
* право выбора лиц, которым может быть передана информация о состоянии его здоровья;
* право информированного добровольного согласия или отказа от медицинского вмешательства;
* право расписываться за доверителя, а также представлять его интересы по вопросам оказания медицинской помощи;
* право обращения по любым вопросам и получения от имени доверителя необходимой информации, справок и документов.

Доверенность выдана без права передоверия сроком на \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Доверенность действительна при предъявлении документа, удостоверяющего личность доверенного лица (паспорта).

**Подпись доверенного лица**

**/**   **.**

(подпись) (ФИО доверенного лица полностью)

**Подпись доверителя**

**/**   **.**

(подпись) (ФИО доверителя полностью)