

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)