



**Доверенность на реализацию прав пациента
в ООО «Мед Фарма»**

город _____

дата _____

Я, _____
(фамилия, имя, отчество доверителя)

дата рождения: _____

паспорт РФ серия _____ № _____

выдан: _____

(наименование органа выдавшего паспорт)

дата выдачи: _____ код подразделения: _____

место жительства: _____

настоящей доверенностью уполномочиваю

(фамилия, имя, отчество представителя)

дата рождения: _____

паспорт РФ серия _____ № _____

выдан: _____

(наименование органа выдавшего паспорт)

дата выдачи: _____ код подразделения: _____

место жительства: _____

осуществлять от моего имени все мои права как пациента, либо права лица, законным представителем (мать/отец/усыновитель/опекун/попечитель ребенка или лица, признанного недееспособным) которого я являюсь,

(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина полностью, год рождения)

предусмотренные ст. ст. 19-23 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ, а именно право на:

- выбора врача и выбора медицинской организации в соответствии с федеральным законодательством;
- профилактику, диагностику, лечение, медицинскую реабилитацию в медицинских организациях в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям;
- получение консультаций врачей-специалистов;
- облегчение боли, связанной с заболеванием, состоянием и (или) медицинским вмешательством, методами и лекарственными препаратами;

- получение информации о своих правах и обязанностях (либо правах лица, законным представителем которого я являюсь), состоянии своего здоровья (либо здоровья лица, законным представителем которого я являюсь), 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;

- выбор лиц, которым в интересах пациента может быть передана информация о моем здоровье (либо здоровье лица, законным представителем которого я являюсь);
- защиту сведений, составляющих врачебную тайну;
- информированное добровольное согласие или отказ от медицинского вмешательства;
- возмещения вреда, причиненного здоровью при оказании мне (либо лицу, законным представителем которого я являюсь) медицинской помощи;
- право на обращение от моего имени и в моих интересах (либо интересах лица, законным представителем которого я являюсь) с заявлениями и жалобами к любым должностным лицам;
- право отказаться от участия обучающихся-практикантов в оказании медицинской помощи мне, либо лицу, законным представителем которого я являюсь;
- право расписываться за меня, а также представлять мои интересы по вопросам оказания медицинской помощи во всех медицинских организациях, учреждениях здравоохранения и социальной защиты.

Доверенность выдана с правом давать согласие на обработку моих (либо лица, законным представителем которого я являюсь) персональных данных и совершать все действия, связанные с выполнением этого поручения.

Доверитель _____
(подпись) (ФИО полностью)

Личность подписавшего доверенность установлена.

Настоящая доверенность подписана в присутствии _____
работника ООО «Мед Фарма»: (должность)

(подпись) (ФИО полностью)