

Доверенность

г. Нижний Новгород «___» _____ 20__ г.

_____ (число, месяц, год - прописью)

Я, гр. _____ (Ф.И.О. полностью, дата рождения)

Паспорт _____, выданный _____

_____ проживающий(ая) по адресу: _____ (почтовый индекс и адрес полностью)

Даю согласие, за меня принимать решения моему представителю, в моих интересах осуществлять от моего имени все права пациента, в соответствии с N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в частности:

- право выбора медицинского учреждения и врача,
- право на подписание договоров на оказание платных медицинских услуг, приложений к договорам, и других необходимых документов, связанных с оказанием мне медицинских услуг ;
- право предоставлять от моего имени, выданную мне медицинскую документацию о состоянии моего здоровья (справки, заключения, снимки, результаты исследований, и др. медицинские документы), получать консультационные услуги на основании документальных источников.
- право получать любую информацию о состоянии моего здоровья и диагноза, иные сведения, полученные при моём медицинском обследовании и лечении, составляющие врачебную тайну,
- право получать рецепты на все необходимые мне лекарственные препараты в моё отсутствие, по каким либо независимым причинам, невозможности прийти на прием,
- право знакомиться со всеми касающимися моего здоровья медицинскими документами, получать их копии,
- право давать информированное добровольное согласие и отказываться от медицинского вмешательства,
- право выбирать лиц, которым в моих интересах может передаваться любая информация о состоянии моего здоровья,
- право представлять мои интересы по вопросам оказания мне медицинской помощи в ООО «РОСТ-клиник» Медицинский центр «Александрия», находящемся по адресу г. Нижний Новгород, ул.Ошарская, д.65, корпус 1
- производить оплату за медицинские услуги;
- совершать иные законные действия, связанные с выполнением настоящей доверенности.

Настоящая доверенность выдана на срок до «___» _____ 2017 г.

Полномочия не могут быть переданы третьим лицам.

_____/_____/ подпись
доверителя Ф.И.О. доверителя полностью

_____/_____/ подпись
доверяемого Ф.И.О. доверяемого полностью