Приложение 1

к порядку оказания

медицинских услуг

несовершеннолетним пациентам

Заместителю директора

по медицинской части

А.В.Шилик

**Согласие**

**на сопровождение несовершеннолетнего** **пациента**

**к врачу-специалисту для оказания медицинских услуг, предоставление информации о состоянии здоровья несовершеннолетнего пациента (в полном объеме), оплату оказанных несовершеннолетнему пациенту медицинских услуг**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(ФИО законного представителя)*

Паспорт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

*(серия, номер, кем и когда вы дан)*

Место жительства \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

являясь родителем несовершеннолетнего ребенка в возрасте до 14 лет

*(указать ФИО ребенка и дату рождения, идентификационный номер)*

даю свое согласие на сопровождение, оказание медицинских услуг в присутствии

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*ФИО (паспортные данные) сопровождающего лица несовершеннолетнего пациента*

и предоставление информации об обращении за медицинской помощью в медицинский центр «Эксана», сведений о состоянии здоровья, наличии заболеваний, диагнозах, методах оказания медицинской помощи, рисках, связанных с медицинским вмешательством, а также возможных альтернативах предлагаемому медицинскому вмешательству, иные сведения, в том числе личного характера, полученные при оказании медицинской помощи, оплату медицинских услуг, на срок с момента подписания настоящего согласия и до \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г. /или до отзыва согласия следующему лицу (сопровождающему лицу).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(дата) (подпись) (расшифровка подписи)