

## Уважаемые пациенты!

В случае необходимости оформления доверенности на право представления Ваших интересов (Доверитель) иным лицом (Доверяемый) в бюджетном учреждении Ханты-Мансийского автономного округа - Югры «Сургутский окружной клинический центр охраны материнства и детства» для получения информации, касающейся Вашего здоровья или, в случае представления интересов несовершеннолетнего лица от имени Доверителя, нотариальная доверенность должна в обязательном порядке содержать следующие условия (в зависимости от вида нотариальной доверенности):

1. Представлять мои интересы в государственных, муниципальных или частных медицинских учреждениях, оказывающих медицинскую помощь любого вида, лечебно-профилактические, реабилитационные и другие виды/услуги специализированной медицинской помощи и медицинского снабжения, по вопросам получения и предоставления любых справок, удостоверений, документов, амбулаторной карты, выписок из амбулаторной карты, истории болезни, результатов обследований и медицинских заключений, решений, больничного листа, получать любую информацию и устные консультации по любым вопросам, подписывать любого вида документы, связанные с моим здоровьем, и иных документов, содержащих информацию о состоянии моего здоровья, которая составляет врачебную тайну, персональные данные, а также получать медицинское оборудование, расходные материалы, препараты по выписанным рецептам.

2. Представлять интересы моего (моих) несовершеннолетнего(их) ребенка (детей) [фамилия, имя, отчество] [число, месяц, год] года рождения во всех медицинских организациях, с применением прав, предусмотренных п. 5 ст. 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", в частности: права выбора медицинской организации и врача, права подписания информационного добровольного согласия и договора на оказание медицинских услуг, права получения полной и достоверной информации о состоянии здоровья ребенка (детей) как на приеме врачей, так и с помощью оригиналов и копий медицинских документов и выписок из них, права оплаты лечения ребенка с использованием моих либо собственных средств. Представлять интересы моего (моих) несовершеннолетнего(их) ребенка (детей) [фамилия, имя, отчество] [число, месяц, год] года рождения по вопросам получения и предоставления любых справок, удостоверений, документов, амбулаторной карты, выписок из амбулаторной карты, истории болезни, результатов обследований и медицинских заключений, решений и иных документов, получать любую информацию и устные консультации по любым вопросам, содержащих информацию о состоянии здоровья несовершеннолетнего ребенка, которая составляет врачебную тайну, персональные данные, подписывать любого вида документы, связанные со здоровьем несовершеннолетнего ребенка, получать медицинское оборудование, расходные материалы, препараты по выписанным рецептам.

3. Доверяемый имеет право получать сведения, составляющие врачебную тайну, персональные данные Доверителя.

4. Согласие Доверителя на разглашение сведений, составляющей врачебную тайну (например, Доверитель дает письменное согласие на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну (с указанием ФИО, даты рождения)).

5. Согласие Доверителя о предоставлении информации о персональных данных Доверителя (например, Доверитель дает письменное согласие на разглашение сведений, составляющих персональные данные лица (с указанием ФИО, даты рождения)).

6. Доверитель дает право представителю (Доверяемому) подписывать информированные добровольные согласия на оказание медицинской помощи.