

Доверенность
на осуществление прав пациента

г. Чита

«___» _____ 20__ г.

Настоящей доверенностью _____

[Ф. И. О. и паспортные данные доверителя]

уполномочивает _____

[Ф. И. О. и паспортные данные доверенного лица]

осуществлять от его 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 в соответствии с федеральным законодательством; 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; возмещения вреда, причиненного здоровью при оказании медицинской помощи доверителю; право на обращение от имени доверителя и в его интересах с заявлениями и жалобами к любым должностным лицам; право отказаться от участия обучающихся-практикантов в оказании медицинской помощи доверителю; право расписываться за доверителя, а также представлять его интересы по вопросам оказания медицинской помощи во всех медицинских организациях, учреждениях здравоохранения и социальной защиты.

Доверенность выдана с правом обращения в соответствующие органы по любым вопросам и получения от имени доверителя необходимой информации, справок и документов.

Доверенность выдана без права передоверия сроком на 1 год.

Подпись доверенного лица _____ удостоверяю.

подпись

ФИО доверителя