

## Согласие на осмотр ребенка без родителя

Я, \_\_\_\_\_

(ФИО, дата рождения, место рождения)

Паспорт серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

Выдан \_\_\_\_\_

(кем, когда выдан)

Проживающей по адресу: \_\_\_\_\_

Доверяю получать сведения о состоянии здоровья моего ребенка:

---

(ФИО, дата рождения)

Свидетельство о рождении: \_\_\_\_\_

---

(ФИО, лица, которому доверяют: бабушка, дедушка, няня и др.)

Паспорт серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

выдан \_\_\_\_\_

(кем, когда выдан)

А также представлять мои интересы во взаимоотношениях с медицинским центром ООО «Центр современной педиатрии», в частности:

- подписывать от моего имени договор на оказание медицинских услуг моему ребенку
- принимать все решения относительно здоровья моего ребенка и подписывать добровольные информированные согласия на медицинские вмешательства, отказы от медицинских вмешательств
- оплачивать лечение из моих средств
- получать информацию о здоровье моего ребенка на приеме врачей, в виде копии медицинской документации и выписок из нее

Согласие действительно до \_\_\_\_\_ (срок действия документа)

Дата \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_