

Приложение 1
к Положению об оказании медицинских
услуг несовершеннолетним пациентам в
ООО «МедАвеню»

Форма

Директору ООО «МедАвеню»

Согласие

**законного представителя 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 несовершеннолетнего в возрасте,

паспорт (серия, номер, кем и когда выдан, идентификационный номер) законного представителя,

адрес проживания законного представителя)

_____ ,

даю согласие на сопровождение моего несовершеннолетнего (-ней) сына (дочери)

(ФИО несовершеннолетнего в возрасте,

дата рождения несовершеннолетнего, идентификационный номер несовершеннолетнего)

в ООО «МедАвеню»; оказание ему (ей) медицинских услуг в присутствии
сопровождающего; предоставление сопровождающему информации об обращении за
медицинской помощью в ООО «МедАвеню»; получение сопровождающим сведений
о состоянии здоровья, наличие 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
оказанных медицинских услуг, на срок с момента подписания настоящего согласия и
до _____

(указать дату)

(ФИО сопровождающего лица)

паспорт (серия, номер, кем и когда выдан, идентификационный номер) сопровождающего,

адрес проживания сопровождающего)

(2) даю согласие ООО «МедАвеню» на обработку персональных данных моих, как законного представителя, и моего несовершеннолетнего ребенка в порядке, установленном законодательством Республики Беларусь и локальными нормативными актами ООО «МедАвеню».

(3) даю согласие в целях осознанного выполнения несовершеннолетним пациентом медицинских предписаний на предоставление лечащим врачом несовершеннолетнему пациенту информации о состоянии его здоровья и выбранных методах оказания медицинской помощи в доступной для его возраста форме с учетом психофизиологической зрелости и эмоционального состояния пациента.

При дачи настоящего согласия законный представитель подтверждает, что ознакомлен с Положением об оказании медицинских услуг несовершеннолетним пациентам в ООО «МедАвеню». При дачи настоящего согласия законный представитель гарантирует, что лечащему врачу будут предоставлены все необходимые данные о состоянии здоровья несовершеннолетнего пациента, в том числе все известные последнему противопоказания (аллергии на лекарственные препараты и их составные части, хронические заболевания и так далее).

Копия паспорта законного представителя прилагается.

(дата)

(подпись законного представителя)

(расшифровка)