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

Форма

Директору ООО «ЭстетикАвеню»

_____

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) законного представителя,

_____

_____

адрес проживания законного представителя)

_____,

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

_____

(ФИО несовершеннолетнего в возрасте,

_____

дата рождения несовершеннолетнего, идентификационный номер несовершеннолетнего)

в ООО «ЭстетикАвеню»; оказание ему (ей) медицинских услуг в присутствии сопровождающего; предоставление сопровождающему информации об обращении за медицинской помощью в ООО «ЭстетикАвеню»; 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 «ЭстетикАвеню» на обратку персональных данных моих, как законного представителя, и моего несовершеннолетнего ребенка в порядке, установленном законодательством Республики Беларусь и локальными нормативными актами ООО «ЭстетикАвеню».

(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 «ЭстетикАвеню». 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).

_____ _____

_____

(дата) (подпись законного представителя) (расшифровка)