

**РАЗРЕШЕНИЕ НА ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКИХ
УСЛУГ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕМУ**

ФИО пациента: _____ Дата рождения: _____

Я, _____, даю указанным ниже взрослым (≥ 18 лет) разрешение сопровождать моего ребенка на прием ко врачу и при необходимости дать согласие на оказание ребенку медицинской помощи.

Указанное совершеннолетнее лицо имеет право предоставлять актуальную историю болезни моего ребенка, передавать и получать защищенную информацию о состоянии здоровья, имеющую отношение к данному приему врача; давать согласие на необходимое лечение и присутствовать при любом медицинском осмотре, проводимом поставщиком услуг. Указанный взрослый обязан сообщить мне диагноз, передать план лечения или назначения врача (рецепты).

1. ФИО: _____ Кем доводится ребенку: _____
2. ФИО: _____ Кем доводится ребенку: _____
3. ФИО: _____ Кем доводится ребенку: _____

Я даю согласие быть на связи по какому-либо из указанных ниже номеров телефона.

Основной телефон: _____ Дополнительный телефон: _____

ПОДТВЕРЖДЕНИЯ

- Я подтверждаю, что буду нести финансовую ответственность за любые доплаты или расходы, возникшие при посещении врача моим ребенком.
- Я подтверждаю, что указанное совершеннолетнее лицо может давать согласие на оказание ребенку различных медицинских и стоматологических услуг, включая стоматологическую седацию, восстановительное лечение/удаление зубов, рентгенографию, медицинские осмотры, лабораторные исследования, вакцинацию и многое другое.
- Я признаю, что уполномоченный взрослый обязан информировать меня о лечении моего ребенка и привлекать меня к принятию решений, когда это возможно.

Этот раздел относится ТОЛЬКО к медицинскому и психиатрическому обслуживанию.

ПРИМЕЧАНИЕ. При оказании стоматологических услуг всех несовершеннолетних должен сопровождать уполномоченный взрослый.

***Для несовершеннолетних в возрасте 16-17 лет (или которым исполнится 16 лет после заполнения данной формы)**

Поставив галочку в этом поле ☐, я, _____, даю разрешение моему ребенку (ФИО родителя/опекуна) посещать врача самостоятельно, без моего присутствия, и разрешаю проводить лечение моего ребенка в CC+OLE Health. Разрешение также предусматривает предоставление актуальной истории болезни, передачу защищенной медицинской информации и ответственность Ребенка за передачу мне любого диагноза, плана лечения или назначений врача (рецептов).

*Вакцинация или медицинские процедуры будут осуществляться только по усмотрению основного поставщика медицинских услуг.

СРОК ДЕЙСТВИЯ РАЗРЕШЕНИЯ Настоящее разрешение действительно в течение одного года с даты подписания, если иная дата не указана ниже: ____ / ____ / ____

Подпись родителя или законного опекуна: _____ Дата: _____