

Заявление законного представителя несовершеннолетнего пациента

Данные представителя несовершеннолетнего пациента

Имя, фамилия

Вид и номер удостоверения личности

Адрес

Улица

Дом

Квартира

Почтовый индекс

Город

Связь с несовершеннолетним

☐

мать

☐

отец

Номер телефона на случай необходимости срочного контакта

Заявляю, что выражаю согласие на проведение в мое отсутствие нижеупомянутых, не связанных с повышенным риском медицинских услуг, а именно:

☐

сбор анамнеза и врачебный осмотр,

☐

проведение неинвазивных дополнительных исследований (например, измерение артериального давления, ЕКГ, анализ мочи, УЗИ через кожные покровы),

☐

взятие крови на лабораторные анализы,

☐

подачу лекарств в качестве первой помощи (в форме таблетки или инъекции),

☐

выдачу рецептов на назначенные лекарственные препараты,

☐

выдачу медицинских справок,

☐

проведение реабилитационных процедур,

☐

в случае необходимости проведение
иных конкретных медицинских услуг:

или/ и не выражаю согласия на проведение конкретных медицинских услуг (перечислить, если таковые имеются):

По отношению к находящемуся под моей опекой несовершеннолетнего:

Имя, фамилия

Идентификационный номер/дата рождения

☐

согласие одноразовое – укажите дату визита:

дата визита

☐

согласие общее – действует до момента отзыва законным представителем

Дата и подпись законного представителя делающего заявление

Подпись принимающего заявление (сотрудника POLMED)