

**Доверенность на принятие решений
об оказании медицинской помощи / предоставлении лечения
в соответствии с параграфом 16 Закона о правах пациента**

1. Я, нижеподписавшийся/аяся _____, уд. личности № _____,
проживающий/ая по адресу _____,
настоящим назначаю _____, уд. личности № _____,
проживающего/ую по адресу _____, тел №:

(а также _____, уд. личности № _____,
проживающего/ую по адресу _____, тел №:
_____),

обоих вместе и порознь, быть моим/ми уполномоченным/ми (доверенным/ми) лицом/ами с тем,
чтобы давать за меня согласие / отказ по поводу предоставления мне медицинской помощи /
лечения в соответствии с положениями параграфа 16 Закона о правах пациента от 1996 г.
(Предоставление доверенности двум лицам не обязательно. Лишнее зачеркнуть.)

2. Настоящая доверенность вступает в силу только в случае, если по той или иной причине,
физической или психической, я окажусь не в состоянии выразить свое мнение или давать
осознанное согласие на предоставление медицинской помощи / лечения, которое может мне
понадобиться.

3. Настоящая доверенность сохраняет свою силу в следующих ситуациях*:

Дача согласия / отказ вместо меня на любую процедуру и лечение, которые потребуются мне,
включая лечение / процедуры нуждающиеся в письменном согласии.

Дача согласия / отказ вместо меня только в отношении перечисленных ниже видов лечения /
процедур:

(В случае возникновения необходимости в не указанных выше видах лечения / процедурах
потребуется обращение в судебную инстанцию)

Запрос и получение медицинской информации и/или медицинского заключения от того или
иного медицинского работника, обследовавшего, или лечившего, или лечащего меня, а также
от того или иного медицинского учреждения, в котором я лечился или лечусь, - в случае
возникновения необходимости в такой информации для вынесения решения относительно
моего лечения.

Принятие решения по поводу моей госпитализации в медицинском или патронажном
заведении, включая стационар для хронических больных, в соответствии с действующим
законодательством либо со следующими оговорками: _____

_____ (изложить подробно).

Представление меня перед Комитетом по этике в соответствии с Законом о правах пациента,
если в этом возникнет необходимость.

4. Несмотря на изложенное выше и во избежание сомнений мое доверенное лицо **не вправе**
проводить от моего имени какие бы то ни было финансовые операции или принимать финансовые
обязательства и **не вправе** отказываться от моего имени от медицинской конфиденциальности, за
исключением случаев, когда это необходимо для оказания необходимой мне медицинской помощи
/ лечения, по поводу которого он вынужден будет принять решение в качестве моего доверенного
лица.

5. Условия и ограничения доверенности: _____

6. Настоящая доверенность не является моим отказом от собственных прав, и за мной сохраняется право на отзыв или аннулирование доверенности в любой момент, как до вступления ее в силу, так и в дальнейшем, если я буду в состоянии выражать свое мнение по данному вопросу; передаю **письменное** уведомление доверенному лицу или медицинскому работнику, или тому или иному медицинскому учреждению, в ведении которого находится экземпляр настоящей доверенности (в зависимости от ситуации).

В особых обстоятельствах, при которых не представится возможность получить от меня письменное уведомление, за мной сохраняется право на передачу уведомления об аннулировании доверенности в устной форме в присутствии двух свидетелей - при условии, что мои слова и их свидетельства будут зафиксированы письменно в кратчайший, насколько это возможно, срок после сделанного мною уведомления.

7. Настоящим я отказываюсь от каких-либо исков и претензий, могущих возникнуть у меня в отношении медработников и тех или иных лиц вследствие их добросовестного следования положениям настоящей доверенности до тех пор, пока ими не было получено уведомление о ее аннулировании.

8. Действие настоящей доверенности истекает самопроизвольно по прошествии десяти лет от сего дня или*:

на дату _____, или

в случае: _____,

в соответствии с более ранним/ей из указанных сроков/дат, за исключением возобновления мною настоящей доверенности либо ее вступления в силу и применения на основании пункта 2 до указанного выше срока/даты.

Находясь в здравом уме, добровольно, без какого-либо давления или принуждения, я собственноручно подписываю сегодняшним днем _____ месяца _____ года _____, пребывая в _____ (указать местонахождение)

Подпись пациента: _____.

Согласие доверенного лица

Я, нижеподписавшийся/аяся _____, уд. личности № _____, согласен/на стать доверенным лицом указанного выше пациента в отношении предоставления ему медицинской помощи / лечения в соответствии с параграфом 16 Закона о правах пациента и подтверждаю, что прочел/ла настоящую доверенность и осознаю свои функции и полномочия.

Мне известно, что на меня возложено предварительное, насколько это возможно, выяснение волеизъявлений пациента в отношении оказания медицинской помощи / лечения в тех или иных ситуациях и преданное исполнение этих волеизъявлений. Мне известно, что мои собственные соображения и возможности выполнения тех или иных действий ограничены приведенными в доверенности положениями и должны основываться на заранее данных мне, по мере их поступления, указаниях пациента, причем исключительно ему во благо.

Дата: _____ Подпись доверенного лица: _____

Подпись свидетеля
(врача / соц. работника / медсестры / психолога / адвоката)

Настоящим подтверждаю, что указанные выше лица в моем присутствии подписали настоящую доверенность после идентификации мною, насколько это было возможным, личности каждого из них и сложившегося у меня впечатления, что ими понят смысл данного документа.

Дата: _____ Печать: _____ Подпись: _____

** Проставьте X в соответствующем месте