

**ДОВЕРЕННОСТЬ**  
на представление интересов несовершеннолетнего  
в ООО МО «Оптик-Центр»

(место и дата выдачи доверенности прописью)

Я, гражданин \_\_\_\_\_ (гражданство) \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. доверителя - законного представителя несовершеннолетнего), "\_\_\_" \_\_\_\_\_ года рождения,  
паспорт: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_ "\_\_\_" \_\_\_\_\_ г.,  
зарегистрированн \_\_\_\_\_ по адресу: \_\_\_\_\_, являясь  
матерью/отцом (иное законное представительство) \_\_\_\_\_ (Ф.И.О.  
несовершеннолетнего), "\_\_\_" \_\_\_\_\_ года рождения, свидетельство о рождении: серия \_\_\_\_\_ №  
\_\_\_\_\_, выдано \_\_\_\_\_ "\_\_\_" \_\_\_\_\_ г. (или паспорт: серия  
\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_ "\_\_\_" \_\_\_\_\_ г.), зарегистрированн \_\_\_\_\_ по адресу:  
\_\_\_\_\_

настоящей доверенностью уполномочиваю граждан \_\_\_\_\_ (гражданство)  
\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. доверенного лица полностью),  
"\_\_\_" \_\_\_\_\_ года рождения, паспорт: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, выдан  
\_\_\_\_\_ "\_\_\_" \_\_\_\_\_ г., зарегистрированн \_\_\_\_\_ по адресу:  
\_\_\_\_\_, осуществлять от моего имени права пациента  
(несовершеннолетнего), предусмотренные **ч. 5 ст. 19** Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об  
основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", в любом медицинском учреждении, для чего  
ему (вариант: ей) предоставляются следующие права:

быть представителем несовершеннолетнего в ООО МО «Оптик-Центр» (ИНН 7452113210) при  
оказании медицинской услуги - Прием детского офтальмолога. Консультация и обследование,  
включающее:

- определение рефракции (авторефрактометрия и/или скиаскопия с помощью скиаскопических линеек);
- определение остроты зрения (с помощью проектора знаков, Сивцева-Головина или таблицы Орловой с картинками в зависимости от возраста. У детей до двух лет об остроте зрения судят по фиксации взгляда на объектах и слежению за игрушками);
- определение характера движения с помощью четырехточечного цветотеста;
- определение объема движения глазных яблок;
- определение угла косоглазия по Гиршбергу;
- измерение ВДГ (пневмотонометрия, тонометрия по Маклакову или пальпаторно в зависимости от возраста и показаний);
- биомикроскопия глаза (осмотр переднего отрезка глаза с помощью щелевой лампы или проходящем свете);
- осмотр глазного дна в условиях медикаментозного расширения зрачка;
- выписка рецепта на очки или контактные линзы;
- рекомендации и назначение лечения при необходимости.

Также доверенное лицо имеет право расписываться, собственноручно заверять копии документов,  
получать информацию и документы, оформленные по результатам оказанной выше медицинской услуги.

Доверенность выдана сроком на \_\_\_\_\_ (до трех лет).

Подпись поверенного: \_\_\_\_\_

удостоверяю  
Доверитель: \_\_\_\_\_ (подпись)/ \_\_\_\_\_ (Ф.И.О.)

Доверенность удостоверена  
администратором клиники ООО МО «Оптик-Центр» \_\_\_\_\_ (ФИО, МП)