

## Určení osoby oprávněné dle zákona o zdravotních službách

### Údaje nezletilého pacienta

Jméno a příjmení: .....Narozen dne:.....

Adresa trvalého pobytu:.....

### Údaje zákonného zástupce (rodiče)

Jméno a příjmení : ..... Narozen dne :

Kontakt /telefon, mail/ :

**Jako zákonný zástupce výše uvedeného nezletilého pacienta, určuji v souladu se zákonem o zdravotních službách oprávněnou osobu, která má právo na informace o zdravotním stavu nezletilého pacienta od níže uvedeného poskytovatele zdravotních služeb.**

### Oprávněná osoba:

Jméno a příjmení:	Martina Pourová (zdravotník)	Ondřej Bouška (zdravotník)
Adresa:	Růžová 287, 373 65 Dolní Bukovsko	Nádražní 180, 375 01 Týn nad Vltavou
Narozen dne:	1. 7. 2002	5.3. 1978

Současně určuji, že tato osoba **může – nemůže** nahlížet do zdravotnické dokumentace a pořizovat si výpisy či kopie této dokumentace.

Informace o zdravotním stavu pacienta mohou být sdělovány:

- osobně
- telefonicky (pro případ telefonické komunikace je oprávněn lékař sdělit informace pouze, pokud mu bude sděleno zákonným zástupcem zvolené heslo, které je :

.....

Současně určuji, že tato osoba **má – nemá** právo být přítomna při poskytování zdravotní péče pacientovi, pokud to charakter daného výkonu a právní předpisy umožňují.

### Údaje poskytovatele

Název (firma) :

Adresa zdravotnického zařízení :

IČ:

Obor poskytovaných zdravotních služeb :

V ..... Dne .....

.....

podpis zákonného zástupce

Potvrzuji přijetí, zakládám do zdravotní dokumentace nezletilého pacienta.

V ..... Dne .....

.....

podpis lékaře