

Určení osoby oprávněné dle zákona o zdravotních službách

Nezletilý pacient

Jméno a příjmení: Narozen dne:

Adresa trvalého pobytu:

Zákonný zástupce

Jméno a příjmení: Narozen dne:

Kontakt (telefon, e-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: Narozen dne:

Adresa trvalého pobytu:

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 heslo (určí zákonný zástupce), 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): IČ:

Adresa zdravotnického zařízení:

Obor poskytovaných zdravotních služeb: *praktický lékař pro děti a dorost*

V Dne
podpis zákonného zástupce

Potvrzuji přijetí, zakládám do zdravotní dokumentace nezletilého pacienta.

V Dne
podpis lékaře

* *Nehodící se škrtněte*