



Určení osoby oprávněné dle zákona o zdravotních službách

Jméno a příjmení nezletilého pacienta: _____

Narozen dne: _____ Adresa trvalého pobytu: _____

Jméno a příjmení zákonného zástupce (rodiče): _____

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.

Jméno a příjmení oprávněné osoby: _____

Narozen dne: _____ Adresa trvalého pobytu: _____

Současně určuji, že tato osoba **může – nemůže** nahlížet do zdravotnické dokumentace a pořizovat si výpisy či kopie této dokumentace. Současně určuji, že tato osoba **má – nemá** právo být přítomna při poskytování zdravotní péče pacientovi, pokud to charakter daného výkonu a právní předpisy umožňují.

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: _____)

V(e): _____

Dne: _____

Podpis zákonného zástupce

Název poskytovatele: MUDr. Pavlína Talichová

Adresa: Březinova 62A, 586 01 Jihlava

IČ: 17173027

Obor poskytovaných zdravotních služeb: PLDD

Potvrzuji přijetí a zakládám do zdravotní dokumentace nezletilého pacienta.

V(e): _____

Dne: _____

Podpis lékaře

