

# Plná moc k zastupování nezletilého dítěte

## Údaje nezletilého pacienta

Jméno a příjmení: ..... Narozen(a) dne: .....

Adresa trvalého pobytu: .....

## Údaje zákonného zástupce (rodiče)

Jméno a příjmení: ..... Narozen(a) 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: .....

Adresa trvalého pobytu: .....

Narozen(a) dne: .....

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): DĚTSKÉ - Litvínov s.r.o.

Adresa zdravotnického zařízení: Žižkova 151, Horní Litvínov, 436 01 Litvínov

IČ: 03469824

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