

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 :

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 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

**NEOPEDIATRIE s.r.o., Praktický lékař pro děti a dorost
Dvoulletky 54, 700 30 Ostrava - Hrabůvka, IČO: 29456941**

V dne

.....
podpis zákonného zástupce

Potvrzuji přijetí, zakládám do zdravotní dokumentace nezletilého pacienta.

V dne

.....
podpis lékaře