

# Určení osoby oprávněné dle zákona o zdravotních službách

## Údaje nezletilého pacienta

Jméno a příjmení: .....

Adresa trvalého pobytu: .....

Datum narození: .....

## Údaje zákonného zástupce (rodiče)

Jméno a příjmení: .....

Datum narození: .....

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: .....

Adresa trvalého pobytu: .....

Datum narození: .....

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 nebo 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.

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

.....  
podpis zákonného zástupce

## Údaje poskytovatele zdravotní péče (otisk razítka)

Potvrzuji přijetí, zakládám do zdravotní dokumentace nezletilého pacienta.

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

.....  
podpis lékaře