

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:

Adresa trvalého pobytu:

Narozen 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): Dětská ambulance – MUDr. Polášková, s.r.o., IČ: 024 46 545

Adresa zdravotnického zařízení: Makovského nám. 3147/2, 616 00, Brno, tel. 539 090 222

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