

## 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) : Praktický lékař pro děti a dorost, MUDr. Kamila Dimova

Adresa zdravotnického zařízení: Kladno, Holandská 2437

IČ : 75099527

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