

Ur ení 3. osoby- nap . prarodi e

Ur ení osoby oprávn ěné dle zákona o zdravotních službách

Údaje nezletilého pacienta

Jméno a p íjmení: Narozen dne :

Adresa trvalého pobytu :

Údaje zákonného zástupce (rodi e)

Jméno a p íjmení : Narozen dne :

Kontakt /telefon, mail/ :

Jako zákonný zástupce výše uvedeného nezletilého pacienta, ur ůji v souladu se zákonem o zdravotních službách oprávn ěnou osobu, která má právo na informace o zdravotním stavu nezletilého pacienta od níže uvedeného poskytovatele zdravotních služeb.

Oprávn ěná osoba :

Jméno a p íjmení :

Adresa trvalého pobytu :

Narozen dne :

Sou asn ůr ůji, že tato osoba m ěže – nem ěže nahlížet do zdravotnické dokumentace a po izovat si výpisy í kopie této dokumentace.

Informace o zdravotním stavu pacienta mohou být sd ělovány :

osobn ě

telefonicky (pro p ípad telefonické komunikace je oprávn ěn lékař sd ělit informace pouze, pokud mu bude sd ěleno zákonným zástupcem zvolené heslo, které je :

.....
Sou asn ůr ůji, že tato osoba má – nemá právo být p ítomna p í poskytování zdravotní pé ě pacientovi, pokud to charakter daného výkonu a právní p edpisy umož ůují.

Údaje poskytovatele

Název (firma) :

Adresa zdravotnického za ízení :

I :

Obor poskytovaných zdravotních služeb : praktický lékař pro d ěti a dorost

V Dne

.....
podpis zákonného zástupce

Potvrzuji p íjetí, zakládám do zdravotní dokumentace nezletilého pacienta.

V Dne

.....
podpis léka ě