

## Určení osoby oprávněné dle zákona o zdravotních službách

### Údaje nezletilého pacienta:

Jméno a příjmení: .....

narozen dne: .....r. č. : .....

Adresa trvalého pobytu: .....

### Údaje zákonného zástupce (rodiče):

Jméno a příjmení: .....

narozen dne: .....

Kontakt: telefon/email:.....

**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, že tato osoba **má – nemá\*** právo být přítomna při poskytování zdravotní péče pacientovi, pokud to charakter daného výkonu a právní předpisy umožňují.

Obor/druh poskytované zdravotní péče: .....

### Údaje o poskytovateli zdravotní služby:

Název: POLIKLINIKA CHOCEŇ a.s.

Adresa: Smetanova 830, Choceň 565 01

IČ: 25915495

V ....., dne ....., podpis zákonného zástupce .....

Potvrzuji přijetí tohoto souhlasu a zakládám jej do zdravotní dokumentace nezletilého pacienta:

V ....., dne ....., podpis a razítko ošetřujícího lékaře .....

\*nehodící se škrtněte