



POLIKLINIKA I.P. PAVLOVA

Určení osoby oprávněné dle zákona o zdravotních službách

Údaje nezletilého pacienta

Jméno, příjmení..... r.č.:
bytem

Údaje zákonného zástupce (rodiče)

Jméno, příjmení..... r.č.:
bytem
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.

Údaje oprávněné osoby

Jméno, příjmení..... r.č.:
bytem
Kontakt /telefon, mail/:.....

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:)

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

Udělením tohoto souhlasu není dotčeno právo zákonného zástupce (rodiče) na informace o zdravotním stavu nezletilého pacienta, na informace o poskytnuté zdravotní péči, ani jiná práva, která ze zákona má.

Tento souhlas je možné ze strany zákonného zástupce kdykoli v budoucnu odvolat.

V Praze dne:

Podpis zákonného zástupce

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

V Praze dne:

Podpis pracovníka