# Určení osoby oprávněné dle zákona o zdravotních službách

**Údaje nezletilého pacienta**

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Adresa trvalého pobytu:

**Údaje zákonného zástupce (rodiče)**

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Adresa trvalého pobytu:

**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:

Datum narození:

Adresa trvalého pobytu:

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: **MUDr. Jana Dosedělová**

Adresa: **Jugoslávských partyzánů 1089/15, 160 00 Praha**

IČ: **72 56 17 69**

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**