**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) :

Adresa zdravotnického zařízení :

IČ :

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