

# Určení osoby oprávněné podle 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, 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.

Informace o zdravotním stavu pacienta mohou být sdělovány:

- osobně
- telefonicky – pro případ telefonické komunikace je lékař oprávněn 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) : **ORL ambulance MUDr. Hedvika Zahradníková**

Adresa zdravotnického zařízení: Na Sadech 1864/23, 370 01 České Budějovice

IČ: 01415948

Obor poskytovaných zdravotních služeb: pracoviště otorinolaryngologie

V ..... Dne .....

.....  
podpis zákonného zástupce

Potvrzuji přijetí a zakládám do zdravotní dokumentace nezletilého pacienta.

V ..... Dne .....

.....  
podpis lékaře