

## Určení osoby oprávněné dle zákona o zdravotních službách

### Údaje nezletilého pacienta

Jméno a příjmení:

Narozen dne:

Adresa trvalého pobyt:

### 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: IMUNO - AL, MUDr. Hana Cimrová

Adresa zdravotnického zařízení: Údolní 16, 602 00 Brno

Obor poskytovaných zdravotních služeb: *alergologie a klinická imunologie*

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

.....  
podpis zákonného zástupce

Potvrzuji přijetí, zakládám do zdravotní dokumentace nezletilého pacienta.

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

.....  
podpis lékaře