**Ošetření dětí - určení oprávněné osoby**

**Údaje nezletilého pacienta**

Jméno a příjmení/ datum narození:……………………………………………………………………………………………

Adresa trvalého pobytu : ………………………………………………………………………………………………………

Podpis …………………………………………………………………..

**Údaje 1.zákonného zástupce**

Jméno a příjmení/datum narození……………………………………………………………………………………………..

telefon, mail …………………………………………………………………………………………………………………….

Podpis …………………………………………………………………..

**Údaje 2.zákonného zástupce**

Jméno a příjmení /datum narození……………………………………………………………………………………………..

telefon, mail …………………………………………………………………………………………………………………….

Podpis …………………………………………………………………..

V souladu se zákonem o zdravotních službách určuji oprávněnou osobu, která má právo na informace

o zdravotním stavu nezletilého pacienta od níže uvedeného poskytovatele zdravotních služeb, v souladu se zákonem

o zdravotních službách.

**Oprávněná osoba**

Jméno a příjmení/datum narození ………………………………………………………………………………………………

Adresa trvalého pobytu /telefon:………………………………………………………………………………………………………….

Datum narození /telefon:………………………………………………………………………………………………………….

Současně určuji, že tato osoba **může** nahlížet do zdravotnické dokumentace a pořizovat si výpisy či kopie této dokumentace.

Současně určuji, že tato osoba **má** právo být přítomna při poskytování zdravotní péče pacientovi, pokud to charakter daného

výkonu a právní předpisy umožňují.

Potvrzuji přijetí, zakládám do zdravotní dokumentace nezletilého pacienta.

V ……………………. Dne …………………….

 …………………………………….

 Dr.Grimmová

 Alergomedica sro.,V Jirchářích 62/2 Ústí nad Labem