**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): TCA s.r.o.

MUDr.Lenka Červinková, Ordinace pro děti a dorost  
Adresa zdravotnického zařízení: Hálkova 2, Olomouc  
IČ : 629 08 626  
Obor poskytovaných zdravotních služeb : praktický lékař pro děti a dorost

   
V Olomouci, dne …………………….                                            
                                                                                              ………..………….   
                                                                                               podpis zákonného zástupce  
   
Potvrzuji přijetí, zakládám do zdravotní dokumentace nezletilého pacienta.  
  
                                                                                              ………..………….   
                                                                                                       podpis lékaře