**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