

Odevzdat u autobusu při odjezdu

**Určení osoby oprávněné dle zákona o zdravotních službách**

**Údaje nezletilého pacienta**

Jméno a příjmení:

Rodné číslo:

Adresa trvalého pobytu:

**Údaje zákonného zástupce (rodič)**

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Kontakt (telefon, mail):

**Jako zákonný zástupce výše uvedeného nezletilého pacienta určuji v souladu se zákonem o zdravotních službách oprávněné osoby, které mají právo na informace o zdravotním stavu nezletilého pacienta od níže uvedeného poskytovatele zdravotních služeb.**

**Oprávněné osoby:**

Jméno a příjmení: Alexandra Neradová – hlavní vedoucí

Datum narození: 18. 12.1967

Adresa trvalého pobytu: Pardubice, Nová 203

Jméno a příjmení: Hana Mojžíšová Hájková - zdravotník

Datum narození: 5. 7. 1985

Adresa trvalého pobytu: Pardubice, Okružní 697

Souhlasím se zastupováním v rozsahu všech práv a povinností v souvislosti s poskytováním lékařského ošetření a podávání informací o zdravotním stavu a navržených zdravotních službách výše uvedeného dítěte, ve smyslu ustanovení § 28 odst. 3 písm. e) bod 1. a § 31 zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách ve znění pozdějších předpisů.

Výše uvedené osobě mohou být sděleny informace o zdravotním stavu mého dítěte a smí udělovat souhlas k léčbě a k ošetření mého dítěte. Po ošetření mého dítěte ho smí doprovod odvézt zpět do rekreačního zařízení.

Plná moc se vydává na dobu konání tábora od 14. 8. do 21. 8. 2021

V .....

dne .....

podpis zákonného zástupce

Potvrzuji přijetí, zakládám do zdravotní dokumentace pacienta

V ..... dne .....

podpis lékaře + razítko