

URČENÍ OSOBY OPRÁVNĚNÉ DLE ZÁKONA O ZDRAVOTNÍCH SLUŽBÁCH

JAKO ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE NEZLETILÉHO:

Jméno a příjmení: _____ Datum narození: _____

Adresa: _____

ÚDAJE ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE (RODIČE):

Jméno a příjmení: _____ Datum narození: _____

Kontakt (telefon/e-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: _____ Datum narození: _____

Adresa: _____ e-mail: _____

Současné 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:

Současné určuji, že tato osoba **MÁ - NEMÁ** právo být přítomna při poskytování zdravotní péče pacientovi, pokud to charakter daného výkonu a právní předpisy umožňují.

Současné určuji, že tato osoba **MÁ - NEMÁ** právo na převzetí závěrečné zprávy osobně nebo e-mailem.

ÚDAJE POSKYTOVATELE

Název (firma): Ústav sportovní medicíny, spol. s r.o.

Adresa zdravotnického zařízení: Křížkovského 416/22, 603 00 Brno

IČ:

Obor poskytovaných zdravotních služeb: Tělovýchovné lékařství, rehabilitace, fyzioterapie

V _____ dne: _____

podpis zákonného zástupce

Potvrzuji přijetí, zakládám do zdravotní dokumentace nezletilého pacienta.

V _____ dne: _____

podpis zdravotnického pracovníka