****

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

**Údaje nezletilého pacienta**

Jméno a příjmení:

Adresa trvalého pobytu : Narozen dne :

**Údaje zákonného zástupce (rodiče)**

Jméno a příjmení :

Kontakt /telefon, mail/ : Narozen dne :

**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) : MUDr.Antonín Koukal, spol.s r.o.

Adresa zdravotnického zařízení : Viniční 235, 615 00 Brno

IČ : 60731842

Obor poskytovaných zdravotních služeb : KOMPLEXNÍ REHABILITAČNÍ PÉČE

V ……………………. Dne …………………….

…………………………………….

podpis zákonného zástupce

Potvrzuji přijetí, zakládám do zdravotní dokumentace nezletilého pacienta.

V ……………………. Dne …………………….

…………………………………….

podpis lékaře