

## 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:  
**jméno dítěte a rodné číslo**

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: KK Bresson, s.r.o.

Adresa zdravotnického zařízení: Libušínská 2619, 272 01, Kladno

IČ : 241 45 220

Obor poskytovaných zdravotních služeb: *praktický lékař pro děti a dorost*

V Kladně dne .....

.....  
podpis zákonného zástupce

Potvrzuji přijetí, zakládám do zdravotní dokumentace nezletilého pacienta.

V Kladně dne .....

.....  
podpis lékaře  
KK Bresson, s.r.o.