

## 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, že tato osoba má právo být přítomna při poskytování zdravotní péče pacientovi /akutní ošetření, preventivní péče, očkování/**

### Oprávněná osoba :

Jméno a příjmení :

Adresa trvalého pobytu :

Narozen dne :

### Údaje poskytovatele

Název (firma) :

Adresa zdravotnického zařízení :

IČ :

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

V ..... Dne .....  
.....  
podpis zákonného zástupce

Potvrzuji přijetí, zakládám do zdravotní dokumentace nezletilého pacienta.

V ..... Dne .....  
.....  
podpis lékaře