

Plná moc

Jméno a příjmení nezl. dítěte: RČ:

Bydliště :

Já, níže podepsaný(á)

Jméno a příjmení:, nar:

Bydliště:

zmocňuji pana (paní):

Jméno a příjmení: nar:

Bydliště:

k mému zastupování v rozsahu všech práv a povinností v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb shora uvedenému nezl. dítěti dle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách (dále jen zákon), zejména aby obdržel(a) informace o zdravotním stavu shora uvedeného nezl. dítěte a o navržených zdravotních službách dle ust. § 31 zákona a na jejich základě udělil(a) v souladu s ust. § 34 zákona písemný informovaný souhlas s poskytnutím zdravotních služeb, které mohou být dle ust. § 35 odst. 2 bodu 1. zákona poskytnuty se souhlasem obou rodičů.

Tato plná moc platí do odvolání.

Vdne :

Podpis:

Údaje poskytovatele zdravotních služeb

IČ :

Název (firma) : PLDD MUDr. Kateřina Bajerová, Ph.D.

Adresa zdravotnického zařízení : Horníkova 34, Brno 628 00

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