

## **Plná moc k udělení souhlasu s poskytnutím zdravotní péče nezletilému a převzetí lékařské zprávy**

Jméno a příjmení nezletilého:.....

Narozen dne: .....

### **Zmocnitel**

Jméno a příjmení zákonného zástupce: .....

Narozen dne: .....

Adresa trvalého pobytu: .....

Jako zákonný zástupce výše uvedeného nezletilého pacienta v souladu s Občanským zákoníkem č. 89/2012 Sb., Zákonem o zdravotních službách č. 372/2011 Sb. a Zákonem o ochraně osobních údajů č. 101/2000 Sb.

### **ZPLNOMOCŇUJI**

### **Zmocněnec**

Jméno a příjmení zmocněnce: .....

Narozen dne: .....

Adresa trvalého pobytu: .....

**k udělení souhlasu s poskytnutím zdravotní péče výše uvedenému nezletilému pacientovi, k převzetí informací o jeho zdravotním stavu a převzetí lékařské zprávy.**

**Zároveň určuji, že tato osoba má právo být přítomna výkonu zdravotní péče.**

V ..... Dne .....

.....

Zmocnitel

### **Zmocnění přijímám**

V ..... Dne .....

.....

Zmocněnec