**Plná moc k udělení souhlasu s poskytnutím zdravotní péče nezletilému**

**a převzetí lékařské zprávy**

Jméno a příjmení nezletilého:……………………………………………………………………………………………………………….

Narozen dne: ……………………………………………………………………………………………………………………………………….

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

# 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

po