

PLNÁ MOC K ZASTUPOVÁNÍ RODIČE/ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE

Já, níže podepsaný/á zmocnitel/zmocnitelka

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Bydliště:

tímto zmocňuji pana/paní zmocněnce/zmocněnkyni

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Bydliště:

k mému zastupování v rozsahu všech práv a povinností v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb níže uvedenému pacientovi (např. dítěte) dle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách (dále jen zákona), zejména aby obdržel(a) informace o jeho zdravotním stavu o navržených zdravotních službách dle ustanovení § 31 zákona a na jejich základě uděлил(a) v souladu s ustanovením § 34 zákona písemný informovaný souhlas s poskytnutím zdravotních služeb.

Pacient:

Jméno:

Příjmení:

Datum narození:

Bydliště:

Číslo pojištěnce:

Tato plná moc se uděluje na dobu:

neurčitou

určitou do:

V

Dne

.....
Podpis
zmocnitele/zmocnitelky

Výše uvedené zmocnění přijímám

V

Dne

.....
Podpis
zmocněnce/zmocněnkyně