

Zmocnění, zproštění mlčenlivosti a určení osoby oprávněné dle zákona o zdravotních službách

Údaje nezletilého pacienta

Jméno a příjmení:

narozen dne :

Adresa trvalého pobytu :

Údaje zákonných zástupců (rodiče)

Jméno a příjmení :

narozen dne :

Jméno a příjmení :

narozen dne :

Kontakt /telefon, mail/ :

Jako zákonný zástupce výše uvedeného nezletilého pacienta zmocňuji tímto níže uvedené zdravotníky tábora k tomu, aby po dobu konání Českého hudebního tábora mládeže v Horním Jelení ve dnech 21. 7. – 31. 7. 2021 (1.běh) nebo 1.8. - 7.8.2021 (2.běh), udělovali za mé nezletilé dítě souhlas s poskytnutím zdravotních služeb včetně hospitalizace, jejichž potřeba v této době nastane, a to v celém rozsahu (např. ošetření úrazu i takového, jenž nespadá do kategorie nezbytné péče, léčba běžných nemocí), **bez dalšího zjišťování souhlasu zákonných zástupců**. Současně zprošťuji povinné mlčenlivosti ve smyslu § 51 z. č. 372/2011 Sb. poskytovatele zdravotních služeb a zdravotnické pracovníky, kteří by poskytli zdravotní péči mému nezletilému dítěti a uděluji jim tímto souhlas k poskytnutí informací o zdravotním stavu mého nezletilého dítěte ve smyslu a rozsahu ustanovení § 31 z. č. 372/2011 Sb. zmocněnci.

Zároveň určuji níže uvedené zdravotníky osobami, na jejichž nepřetržitou přítomnost má moje nezletilé dítě právo při poskytování zdravotních služeb podle §28 odst. 3 písm. e) bod 1, a to ve shora uvedené době letního tábora.

Tento souhlas je možné ze strany zákonného zástupce kdykoli v budoucnu odvolat.

Údaje registrujícího poskytovatele

1.) Zdravotnická služba zajišťující dohled na dětském táboře (zmocněnec) 2.) Zdravotnické zařízení (nemocnice, obvodní lékař, ZZS)

Dorotea Zachová hlavní zdravotník	Petr Kadera zdravotník	MUDr. Eva Gerhátová, IČ02525330 praktický lékař pro děti a dorost Sokolova 555 533 74 Horní Jelení
--------------------------------------	---------------------------	---

V Dne

.....
podpisy zákonných zástupců

Potvrzuji přijetí tohoto souhlasu a zakládám jej do zdravotní dokumentace nezletilého pacienta :

V Dne

.....
podpis zástupce poskytovatele