

## Určení jiné osoby oprávněné dle zákona o zdravotních službách

### Údaje nezletilého pacienta

Jméno a příjmení:

Narozen dne:

Adresa trvalého pobytu:

### Údaje zákonného zástupce (rodiče)

Jméno a příjmení:

Narozen dne:

Kontakt /Telefon/E-mail:

**Jako zákonný zástupce výše uvedeného nezletilého pacienta, určuji v souladu se zákonem o zdravotních službách oprávněnou osobu, která má právo na informace o zdravotním stavu nezletilého pacienta od níže uvedeného poskytovatele zdravotních služeb.**

### Oprávněná osoba :

Jméno a příjmení :

Adresa trvalého pobytu :

Narozen dne :

Současně určuji, že tato osoba **může** nahlížet do zdravotnické dokumentace a pořizovat si výpisy či kopie této dokumentace.

Současně určuji, že tato osoba **má** právo být přítomna při poskytování zdravotní péče pacientovi, pokud to charakter daného výkonu a právní předpisy umožňují.

### Údaje poskytovatele

Název (firma) : **IMMUNIA, spol. s.r.o.**

Adresa zdravotnického zařízení: **Křížíkova 435/109, Praha 8**

IČ : 27906264

Obor poskytovaných zdravotních služeb : *alergologie a klinická imunologie*

.....  
Podpis zákonného zástupce

Potvrzuji přijetí, zakládám do zdravotní dokumentace nezletilého pacienta.

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

.....  
podpis lékaře