

## Plná moc

### Údaje nezletilého pacienta

Jméno a příjmení :

Narozen dne :

Adresa trvalého pobytu :

### Já, níže podepsaný/á zákonný zástupce:

Jméno a příjmení :

Narozen dne :

Adresa trvalého pobytu :

### Zmocňuji pana /paní :

Jméno a příjmení :

Narozen dne :

Adresa trvalého pobytu :

k mému zastupování v rozsahu všech práv a povinností v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb shora uvedenému nezl. dítěti dle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách (dále jen zákon), zejména aby obdržel(a) informace o zdravotním stavu shora uvedeného nezl. dítěte a o navržených zdravotních službách dle ust. § 31 zákona a na jejich základě udělil(a) v souladu s ust. § 34 zákona písemný informovaný souhlas s poskytnutím zdravotních služeb, které mohou být dle ust. § 35 odst. 2 bodu 1. zákona poskytnuty se souhlasem obou rodičů.

Tato plná moc platí do odvolání.

### Zákonný zástupce

V ..... dne : .....

.....  
podpis zákonného zástupce

Potvrzuji přijetí, zakládám do zdravotní dokumentace nezletilého pacienta.

### Za poskytovatele

V ..... dne : .....

.....  
podpis lékaře

---