



Léčebna zrakových vad

Sladkovského 840

544 01 Dvůr Králové nad Labem

Sdružení ozdravoven a léčeben okresu Trutnov IČO: 00195201 DIČ: CZ00195201

Léčebna zrakových vad, Sladkovského 840, 544 01 Dvůr Králové n.L. Tel.: 499 320 197 E-mail :lecebna@ocnilecebna.cz

Sdružení ozdravoven a léčeben okresu Trutnov je zapsáno v obchodním rejstříku vedeném u Kr. soudu v Hradci Králové v oddílu Pr. ,vložka č.784

URČENÍ OSOBY OPRAVNĚNÉ DLE ZÁKONA O ZDRAVOTNÍCH SLUŽBÁCH (VYPLŇTE-PŘEDÁTE PŘI NÁSTUPU)

Údaje nezletilého pacienta

Jméno a příjmení:..... Datum narození:

Adresa trvalého pobytu:.....

Údaje zákonného zástupce(rodíče)

Jméno a příjmení:.....Datum narození:.....

Kontakt/telefon/email:.....

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:

Datum narození:

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

Informace o zdravotním stavu pacienta mohou být sdělovány:

-osobně nebo telefonicky - zde musí znát zákonný zástupce **heslo**.....

Onemocní-li mé dítě během pobytu v LZV, souhlasím s nezbytně nutným diagnostickým a léčebným výkonem. Prohlašuji, že jsem nezamlčel žádné údaje mně známé o zdravotním stavu mého dítěte.

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

Údaje poskytovatele (kde bylo dítě vyšetřeno)

Název (firma).....
Sdružení ozdravoven a léčeben okresu Trutnov, Léčebna zrakových vad
Sladkovského 840, 544 01 Dvůr Králové nad Labem

Adresa zdravotnického zařízení.....

IČO: 00195201...Obor poskytovaných zdravotních služeb: Oftalmologie

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

Podpis zákonného zástupce:.....

Potvrzuji přijetí, zakládám do zdravotní dokumentace nezletilého pacienta.

V..... Dne:.....
.....
Podpis lékaře léčebny