

**Plná moc k souhlasu s poskytováním zdravotních služeb v Nemocnici  
AGEL Nový Jičín a.s. pro zákonné zástupce nezletilého pacienta**

**Oddělení (razítko):** .....

**Nezletilé dítě**

Jméno a příjmení ....., rodné číslo .....

Bydliště: .....

**Já, níže podepsaný(á) – zmocnitel**

Jméno a příjmení ....., datum narození .....

Bydliště (liší-li se od bydliště dítěte).....

**ZMOCŇUJI**

**pana/paní - zmocněnec**

Jméno a příjmení ....., datum narození .....

Bydliště (liší-li se od bydliště dítěte).....

k mému zastupování v rozsahu všech práv a povinností, pokud se týká poskytování zdravotních služeb mému shora jmenovanému dítěti dle zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách, zejména aby zmocněnec obdržel informace o zdravotním stavu shora jmenovaného dítěte a o navržených zdravotních službách dle § 31 zákona a na jejich základě udělil/a v souladu s ustanovením § 34 zákona písemný informovaný souhlas s poskytnutím zdravotních služeb, které mohou být dle ustanovení § 35, odst. 2, bod 1 zákona poskytnuty se souhlasem obou rodičů.

**Tato plná moc platí do písemného odvolání.**

V .....

Dne: .....

**Prohlašuji, že výše uvedené zmocnění přijímám:**

.....

.....

podpis zmocnitele

podpis zmocněnce