

**Plná moc k souhlasu s poskytováním zdravotních služeb v Nemocnici
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