



## Určení 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, 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 : Zdravotník letního tábora

Jméno a příjmení :

Adresa trvalého pobytu :

Narozen dne :

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

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

**Souhlasím s podáváním základních léků** (léky bez předpisu) na táboře. Léky bude podávat osoba s kvalifikací Zdravotník zotavovacích akcí, nebo v případě nouze, nepřítomnosti apod. jiná pověřená dospělá osoba. Jedná se o základní běžně používané léky jako např. paralen, panadol, endiaron, carbosorb apod.

**Souhlasím s tím**, aby v případě nutnosti bylo mé dítě z rozhodnutí zdravotníka tábora a hl. vedoucího tábora ošetřeno u lékaře, případně na lékařské pohotovosti. Zavazuji se při převzetí dítěte z tábora a po předložení dokladu o zaplacení regulačního poplatku, tato ošetření uhradit.

**Souhlasím s tím**, aby dítě bylo na základě rozhodnutí a v doprovodu Zdravotníka tábora dopraveno k lékaři osobním autem DDM Kralupy nad Vltavou.

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

.....  
podpis zákonného zástupce