

**Určení osoby oprávněné
dle ust. § 33 zákona o zdravotních službách**

Údaje nezletilého pacienta:

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Adresa:

Údaje rodiče jako zákonného zástupce:

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Adresa:

Kontakt (telefon nebo e-mail):

Jako zákonný zástupce výše uvedeného nezletilého pacienta, určuji osobu, která má právo na informace o zdravotním stavu nezletilého pacienta od níže uvedeného poskytovatele zdravotních služeb, dále má právo nahlížet do zdravotnické dokumentace o nezletilém pacientovi vedené a do jiných zápisů vztahujících se k zdravotnímu stavu nezletilého pacienta, pořizovat si výpisy nebo kopie těchto dokumentů.

Oprávněná osoba:

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Adresa:

Kontakt (telefon nebo e-mail):

Informace o zdravotním stavu nezletilého pacienta mohou být této osobě sdělovány: osobně - telefonicky (v takovém případě je lékař oprávněn sdělit informace pouze, pokud mu bude sděleno zákonným zástupcem zvolené heslo, které je:.....).

Údaje poskytovatele: Alergologie ŠKOPKOVÁ s.r.o., MUDr. Olga Škopková, se sídlem 709 00 Ostrava - Mariánské Hory, Korunní 76, IČ 28622057.

Obor poskytovaných zdravotních služeb: *alergologie - imunologie*

V Ostravě dne

podpis rodiče: