

Zmocnění, zproštění mlčenlivosti a určení osoby oprávněné dle zákona o zdravotních službách

Já, níže podepsaný:

Jméno a příjmení: .....

Narozen(a) dne .....

Trvale bytem .....

Kontakt (telefon, e-mail):.....

Zákonný zástupce nezletilého dítěte:

Jméno a příjmení: .....

Narozen(a) dne .....

Trvale bytem: .....

Zmocňuji tímto

paní Miluši Koskovou, nar. 20. 4. 1986, bydliště Lidická 559, 561 51 Letohrad (zdravotník tábora)

a

paní Kláru Heczkovou, nar. 28. 12. 2001, bydliště Libušina 386, Kutná Hora (zdravotník tábora)

k tomu, aby po dobu konání letního dětského tábora, který pořádá Táborová jízda ve dnech **12. 8. – 26. 8. 2023**, udělovala za mé nezletilé dítě souhlas s poskytnutím zdravotních služeb včetně hospitalizace, jejichž potřeba v této době nastane, a to v celém rozsahu (např. ošetření úrazu i takového, jenž nespadá do kategorie nezbytné péče, léčba běžných nemocí).

Současně zprošťuji povinné mlčenlivosti ve smyslu § 51 z. č. 372/2011 Sb. poskytovatele zdravotních služeb a zdravotnické pracovníky, kteří by poskytli zdravotní péči mému nezletilému dítěti a uděluji jim tímto souhlas k poskytnutí informací o zdravotním stavu mého nezletilého dítěte ve smyslu a rozsahu ustanovení § 31 z. č. 372/2011 Sb. zmocněnci.

V ..... dne .....

.....  
Podpis zákonného zástupce