

PLNÁ MOC

podle ust. § 32 zák. č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách

V souvislosti s nově přijatým zákonem č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), který zavedl nová pravidla ohledně poskytování informací o zdravotním stavu pacientů a o souhlasu zákonných zástupců s poskytováním zdravotních služeb nezletilým pacientům, Vás prosíme o vyplnění tohoto formuláře. Jeho vyplněním a podepsáním zmocňujete uvedenou osobu k tomu, aby jim lékaři v případě potřeby mohli poskytovat informace o zdravotním stavu Vašeho dítěte například v situaci, kdy bude dítě odvezeno o zdravotnického zařízení k ošetření běžného úrazu. Plná moc se v žádném případě netýká samotného poskytování souhlasu s ošetřením nebo zdravotnickým výkonem, toto zůstává nadále v kompetenci rodičů. Přestože se domníváme, že ve většině případů, kdy děti transportujeme k ošetření do zdravotnického zařízení, se jedná o akutní ošetření, ke kterému lékař nebude vyžadovat souhlas zákonných zástupců, prosíme Vás o vyplnění kontaktního telefonu, na kterém budete v každém případě dostupní během tábora, popř. o sdělení, že v době tábora budete nedostupní (např. z důvodu zahraniční dovolené). Tato plná moc se uděluje na dobu určitou, v uvedeném termínu a uvedeným osobám.

Já (my), níže podepsaný (á,i),

1. ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE	PŘÍJMENÍ	
	RODNÉ ČÍSLO	/
	TRVALÉ BYDLIŠTĚ	
	V době konání tábora budu za účelem dosažení souhlasu podle ust. § 35 odst. 2 písm. a) zák. č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách	
	<input type="checkbox"/> dostupný* na tomto telefonním čísle: _____	
	<input type="checkbox"/> nedostupný* z důvodu (např. zahraniční dovolená): _____	
*) zakřížkujte odpovídající		

1. ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE	JMÉNO, PŘÍJMENÍ	
	RODNÉ ČÍSLO	/
	TRVALÉ BYDLIŠTĚ	
	V době konání tábora budu za účelem dosažení souhlasu podle ust. § 35 odst. 2 písm. a) zák. č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách	
	<input type="checkbox"/> dostupný* na tomto telefonním čísle: _____	
	<input type="checkbox"/> nedostupný* z důvodu (např. zahraniční dovolená): _____	
*) zakřížkujte odpovídající		

tímto **z m o c ň u j e m e (zmocňuji)**, jako zákonní zástupci našeho syna/dcery

DÍTĚ	JMÉNO, PŘÍJME	
	RODNÉ ČÍSLO	/
	BYDLIŠTĚ	

zdravotníka tábora, pana

Mgr. Ondřeje Bartoše, RČ 870520/3925, trvale bytem Vrchlabí, Škroupova 715,

k tomu, aby mu byly poskytovány veškeré informace týkající se zdravotního stavu mého syna/dcery výše psané/ho v souladu se zákonem č. 372/2011 Sb, o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), a to v době konání letního skautského tábora v Kalu v termínu 28. 7. - 11. 8. 2012 včetně.

Datum, místo	Podpis (-y) zákonného (-ých) zástupce (-ů)