



Nemocnice Tanvald s.r.o.

PLNÁ MOC

Jméno a příjmení dítěte:..... **RČ:**.....

Bydliště:.....

Já níže podepsaný/á:

Jméno a příjmení rodiče:....., **narozen/a:**.....

Bydliště (liší-li se od bydliště dítěte):.....

Zplnomocňuji druhého rodiče shora uvedeného dítěte pana (paní)

Jméno a příjmení druhého rodiče:....., **narozen/a:**.....

Bydliště (liší-li se od bydliště dítěte):.....

K mému zastupování v rozsahu všech práv a povinností v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb mému dítěti dle zákona č. 372/2011Sb., o zdravotních službách (dále jen zákon), zejména aby obdržel/a informace o zdravotním stavu dítěte a o navržených zdravotních službách dle ust. § 31 zákona a na jejich základě udělil/a v souladu s ust. § 34 zákona písemný informovaný souhlas s poskytnutím zdravotních služeb, a to i k poskytnutí těch zdravotních služeb, které mohou podstatným způsobem negativně ovlivnit další zdravotní stav pacienta nebo kvalitu jeho života a ke kterým se vyžaduje dle ust. § 35 odst. 2, písm. a) bodu 1 zákona souhlas obou rodičů.

Tato plná moc platí do odvolání

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

Podpis:.....

Zmocnění přijímám: