

Plná moc - zastupování druhého rodiče nezletilého dítěte

Identifikace dítěte:

Jméno a příjmení:		Rodné číslo:	
Adresa bydliště:			
PSČ:			

Zmocnitel:

Jméno a příjmení rodiče:		Narozen(a):	
Adresa bydliště (liší-li se od bydliště dítěte):			
PSČ:			

uděluji plnou moc pro druhého rodiče shora uvedeného dítěte

Zmocněnec:

Jméno a příjmení druhého rodiče:		Narozen(a):	
Adresa bydliště (liší-li se od bydliště dítěte):			
PSČ:			

k mému zastupování v rozsahu všech práv a povinností v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb shora uvedenému nezletilému dítěti ve smyslu zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách (dále jen „zákon“), zejména aby obdržel(a) informace o zdravotním stavu dítěte a o navržených zdravotních službách dle ustanovení §31 zákona a na jejich základě udělil(a) v souladu s ustanovením §34 zákona písemný informovaný souhlas s poskytnutím zdravotních služeb, které mohou být dle ustanovení §35 odst. 2 bodu 1 zákona poskytnuty jen se souhlasem obou rodičů.

Tato plná moc platí do odvolání.

V dne:

Plnou moc přijímám.

.....
podpis zmocnitele

.....
podpis zmocněnce

Rozdělovník: 1x zmocnitel, 1x zmocněnec

Tiskopis je zpracován Odborem právním FNO na podporu práv rodičů nezletilého dítěte v souladu se zákonem č. 372/2011 Sb. a slouží jako vzor plné moci k výše uvedenému účelu. **Kopie této plné moci bude založena do zdravotnické dokumentace nezletilého pacienta.**

Fakultní nemocnice Ostrava

17. listopadu 1790 / 708 52 Ostrava-Poruba
Telefon: +420 597 371 111 / Fax: +420 596 917 340
E-mail: posta@fnspo.cz / www.fno.cz