URČENÍ OSOBY OPRÁVNĚNÉ K DOPROVÁZENÍ NEZLETILÉHO PACIENTA A PŘIJÍMÁNÍ INFORMACÍ O JEHO ZDRAVOTNÍM STAVU S VOLITELNÝM ZMOCNĚNÍM K UDĚLOVÁNÍ SOUHLASU S POSKYTOVÁNÍM ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB

(souhlas pro doprovázející osobou- jinou než zákonného zástupce)

Údaje nezletilého pacienta
Jméno a příjmení: ……
Narozen dne: ……
Adresa trvalého pobytu: ……

Údaje zákonného zástupce (rodiče)
Jméno a příjmení……
Narozen dne……
Vztah k pacientovi: ☐ matka ☐ otec ☐ jiný:……..
Kontakt /telefon, mail: ……

Údaje určené osoby (např. prarodič)
Jméno a příjmení: ……
Datum narození: ……..
Adresa trvalého pobytu: ……
Vztah k pacientovi: ……

1. Doprovod, informace a zdravotnická dokumentace
Jako zákonný zástupce výše uvedeného dítěte určuji uvedenou osobu k následujícím činnostem. **U každého bodu označte jednu odpověď.**

a) Doprovázet dítě a být přítomna při poskytování zdravotních služeb: ☐ **ANO** ☐ **NE**
b) Přijímat informace o zdravotním stavu dítěte, výsledcích vyšetření a doporučené péči: ☐ **ANO** ☐ **NE**
c) Nahlížet do zdravotnické dokumentace dítěte: ☐ **ANO** ☐ **NE**
d) Pořizovat si výpisy, kopie zdravotnické dokumentace a žádat poskytovatele o jejich pořízení a předání: ☐ **ANO** ☐ **NE**

Telefonická a e-mailová komunikace se řídí samostatným formulářem pro komunikaci na dálku.

2. Volitelné zmocnění k udělování souhlasu se zdravotní péčí
☐ Pověřenou osobu **NEZMOCŇUJI** k udělování souhlasu se zdravotní péčí
nebo
☐ Jako zákonný zástupce dítěte **ZMOCŇUJI** výše uvedenou osobu, aby v rozsahu, v němž jsem oprávněn/a dítě zastupovat, zastupovala dítě při udělování informovaného souhlasu s níže vymezenou ambulantní péčí poskytovanou v uvedené ordinaci.

Rozsah zmocnění
Zmocnění zahrnuje udělování informovaného souhlasu s veškerými běžnými ambulantními vyšetřeními a ošetřeními a související preventivní, diagnostickou, léčebnou a posudkovou péčí poskytovanou nezletilému pacientovi v uvedené ordinaci, zejména:

- preventivními prohlídkami a vyšetřeními prováděnými v jejich rámci;
- vyšetřením akutních zdravotních obtíží a onemocnění a jejich obvyklou ambulantní léčbou, včetně podávání léčiv, doporučených nebo předepsaných lékařem;
- kontrolními vyšetřeními, včetně kontrol po prodělaném onemocnění, úrazu nebo propuštění z nemocnice a kontrol při dlouhodobém sledování zdravotního stavu;
- předoperačními vyšetřeními;
- odběry biologického materiálu, zejména krve, moči a stolice, výtěry a souvisejícími laboratorními a dalšími běžnými diagnostickými vyšetřeními;
- běžným ošetřením drobných poranění a převazy;
- vyšetřeními pro účely posouzení zdravotní způsobilosti, zejména pro školu, sport, pobyt na táboře nebo řízení motorových vozidel apod.
- **Očkování je zahrnuto pouze při označení příslušné možnosti:**
  ☐ Povinné očkování ☐ Nepovinné očkování

Uvedený výčet je příkladný, nikoli vyčerpávající. Zmocnění se vztahuje také na jiná běžná ambulantní vyšetření a ošetření obdobné povahy.

Ze zmocnění vylučuji:

……
(Uveďte konkrétní vyšetření, ošetření nebo rozhodnutí. Pokud žádné další výjimky neurčujete, napište „žádné“.)

Zmocnění podle bodu 2 se uděluje pouze při označení možnosti „ZMOCŇUJI“.
Tento dokument není předem uděleným souhlasem s konkrétním výkonem. Pověřená osoba může souhlas udělit až po poučení zdravotnickým pracovníkem o konkrétně navržené péči, jejím účelu, přínosech, rizicích a případných alternativách. To platí i pro každé konkrétní očkování. Zmocnění zahrnuje také oprávnění přijmout informace a poučení nezbytné pro toto rozhodnutí, i pokud je v bodě 1 omezeno obecné přijímání informací. Samo o sobě však nezakládá právo na přístup k celé zdravotnické dokumentaci.

4. Platnost, změna a odvolání
Tento dokument platí — **označte jednu možnost:**
☐ Pro návštěvu dne: …….
☐ Na dobu neurčitou od: ……

Pověření i zmocnění mohu kdykoliv změnit nebo odvolat. Změnu či odvolání bez zbytečného odkladu oznámím písemně poskytovateli i pověřené osobě.

Prohlašuji, že jsem oprávněn/a dítě v uvedeném rozsahu zastupovat, uvedené údaje jsou správné a obsahu dokumentu rozumím. Poskytovateli oznámím případná omezení svého oprávnění nebo známou neshodu rodičů, která se týká tohoto pověření či zamýšlené péče.

V …… dne …… ……
Podpis zákonného zástupce

<u>Přijetí zmocnění</u> *Vyplňuje pověřená osoba, pokud bylo uděleno zmocnění podle bodu 2.*

Zmocnění v uvedeném rozsahu přijímám. Seznámil/a jsem se s jeho podmínkami a zavazuji se jednat v jeho mezích a v zájmu dítěte.

V …… dne …… ……
Podpis zmocněné osoby

<u>Vyplní ordinace</u>
Dokument převzal/a a do zdravotnické dokumentace založil/a:

Datum…… ……
Jméno a podpis zdravotnického pracovníka