

PLNÁ MOC

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

V souvislosti s 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 uvedené osoby k tomu, aby jim lékaři v případě potřeby mohli poskytovat informace o zdravotním stavu Vašeho dítěte například v situaci, kdy bude dítě odvezeno do 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 kempu, popř. o sdělení, že v době kempu budete nedostupní (např. z důvodu zahraniční dovolené). Tato plná moc se uděluje na dobu určitou, v uvedeném termínu a uvedeným osobám.

Já níže podepsaný zákonný zástupce:

1. ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE	JMÉNO, PŘÍJMENÍ	
	DATUM NAROZENÍ	
	TRVALÉ BYDLIŠTĚ	
	V době konání akce budu za účelem dosažení souhlasu a komunikace podle ust. § 35odst. 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): _____ <small>*) zakřížkujte odpovídající</small>	
2. ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE	<input type="checkbox"/> dostupný* na tomto telefonním čísle: _____ <input type="checkbox"/> nedostupný* z důvodu (např. zahraniční dovolená): _____ <small>*) zakřížkujte odpovídající</small>	

tímto **zmocňuji**, jako zákonný zástupce mého syna/dcery

DÍTĚ	JMÉNO, PŘÍJMENÍ													
	RODNÉ ČÍSLO	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>/</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>								/				
								/						
BYDLIŠTĚ														

pořadatele:

Ing. Karla Kozmu, r. číslo 910611/1003 narozeného 11.6.1991 v Mladé Boleslavi

k tomu, aby mu byly poskytovány veškeré informace týkající se zdravotního stavu mého dítěte výše psaného v souladu se zákonem č. 372/2011 Sb, o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), a to výhradně v době konání akce Fotbalové akademie Karla Kozmy, z. s. v místě konání, v termínu od do včetně.

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