



## PLNÁ MOC k doprovodu do zdravotnického zařízení

Klient:

Jméno a příjmení: \_\_\_\_\_

Datum narození: \_\_\_\_\_

Trvale bytem: \_\_\_\_\_

Já, Zákonný zástupce / Opatrovník\* Klienta:

Jméno a příjmení: \_\_\_\_\_

Datum narození: \_\_\_\_\_

Trvale bytem: \_\_\_\_\_

Kontakt (telefon/email): \_\_\_\_\_

Tímto uděluji **plnou moc k tomu, aby doprovodil Klienta jako doprovod do zdravotnického zařízení** Státní léčebné lázně Janské Lázně, státní podnik, IČ: 00024007, se sídlem Náměstí Svobody 272, 542 25 Janské Lázně, tomuto **Zmocněnci:**

Jméno a příjmení: \_\_\_\_\_

Datum narození: \_\_\_\_\_

Trvale bytem: \_\_\_\_\_

Zmocněnec je oprávněn rozhodovat ve věci zdravotních a ostatních věcech spojených s pobytem Klienta v uvedeném zdravotnickém zařízení, a to včetně:

- vyslovení souhlasu nebo odmítnutí poskytnutí zdravotní péče;
- vyslovení nebo odmítnutí dalších souhlasů a potvrzení nebo odmítnutí dalších skutečností požadovaných zdravotnickým zařízením (např. účast na hipoterapii, výletu, souhlas se zpracováním fotografií apod.);
- nahlížení do zdravotnické dokumentace Klienta a pořizování opisů, výpisů a kopií z ní.

V Janských Lázních dne \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
podpis zákonného zástupce / opatrovníka\*

### Totožnost ověřena dle občanského průkazu

Jméno a příjmení ověřovatele: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Čas: \_\_\_\_\_

Podpis: \_\_\_\_\_

*\*nehodící škrtněte*

F-O-01 REV03

strana č.: 1 / 1