



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*
(úředně ověřený podpis)

**nehodící škrtněte*