



## Plná moc k ošetření nezletilého pacienta

My, níže podepsaní rodiče nezletilé osoby:

Jméno a příjmení .....  
datum narození .....  
rodné číslo .....  
bytem .....  
(dále též jen „dítě“)

Otec: Jméno a příjmení .....  
datum narození .....  
bytem .....  
telefonní kontakt .....

Matka: Jméno a příjmení .....  
datum narození .....  
bytem .....  
telefonní kontakt .....

### tímto zmocňujeme

Jméno a příjmení.....Eva Pavlasová.....  
datum narození.....31. 7. 1996.....  
bytem.....Houbova 1915, Chotěboř 583 01.....  
telefonní kontakt..... 775 965 731.....

jakožto zástupce vedoucího a zdravotníka tábora pro děti a mládež, pořádaného ve dnech od .....12.7.2025..... do .....19.7.2025..... pod Dorostovou unií, z.s., dorostovou skupinou číslo .....044..... (dále též jen „tábor“).

k zastupování v rozsahu všech práv a povinností v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb našemu dítěti dle zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách (dále též jen „zákon“). Tedy zejména, aby:

- obdržel informace o zdravotním stavu dítěte a o navržených zdravotních službách (§ 31 zákona),
- udělil na základě těchto informací za nás písemný informovaný souhlas s poskytnutím zdravotních služeb (§34 zákona),

a aby za nás dával v naší nepřítomnosti další potřebné souhlasy a pokyny týkající se ošetření a léčby našeho dítěte.

**Rovněž bereme na vědomí a souhlasíme s tím, že hlavní vedoucí tábora může pověřit na základě své vlastní úvahy a vhodnosti další osoby k výkonu zmocnění dle této plné moci. Pokud jich takto ustanoví více, souhlasíme s tím, aby každá z těchto pověřených osob jednala samostatně.**

Tato plná moc platí po dobu výše uvedeného tábora.

.....  
(podpis)  
otec dítěte

.....  
(podpis)  
matka dítěte

Dorostová unie, z.s.