

**Převzetí nezletilého dítěte do péče z důvodu akutního vyšetření, hospitalizace
rodiče/zákonného zástupce**

Dítě:

Jméno a příjmení: RČ:

Trvalé bydliště:

Nynější bydliště (pokud je jiné, než trvalé):

Rodič/zákonný zástupce podstupující akutní vyšetření, hospitalizaci ve FNOL:

Jméno a příjmení: RČ:

Trvalé bydliště:

Nynější bydliště (pokud je jiné, než trvalé):

Klinika/oddělení:

☐ zdravotní stav rodiče/zákonného zástupce neumožňuje jeho další rozhodování (nemožnost komunikace, bezvědomí aj.)

☐ rodič/zákonný zástupce souhlasí s hospitalizací dítěte na Dětské klinice FNOL

☐ rodič/zákonný zástupce žádá předání dítěte do zařízení pro děti

☐ rodič/zákonný zástupce žádá předání dítěte osobě:

Jméno a příjmení: datum narození:

Vztah k dítěti:

Trvalé bydliště:

Datum, čas	Podpis rodiče/zákonného zástupce
Jméno a příjmení zdravotnického pracovníka, který přebírá dítě	Podpis zdravotnického pracovníka, který přebírá dítě

Pokud se rodič/zákonný zástupce nemůže podepsat, uveďte důvody, pro které se nemohl podepsat:

Jak rodič/zákonný zástupce projevil svou vůli:

Jméno a příjmení zdravotnického pracovníka/svědka	Podpis zdravotnického pracovníka/svědka	Datum	Hodina