

**Předání nezletilého dítěte 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 (kde rodič/zákonný zástupce dítěte podstupuje vyšetření/hospitalizaci):

Přebírající osoba:

☐ osoba určená rodičem/zákonným zástupcem k převzetí dítěte ☐ jiná

Jméno a příjmení:

Číslo a typ osobního dokladu:

Vztah k dítěti:

Trvalé bydliště:

Nynější bydliště (pokud je jiné, než trvalé):

☐ pracovník OSPOD MmOI

Jméno a příjmení

Zařízení, ve kterém bude dítě umístěno (název, adresa):

Datum, čas	Podpis osoby přebírající dítě
Jméno a příjmení zdravotnického pracovníka, který předává dítě	Podpis zdravotnického pracovníka, který předává dítě