



## SPLNOMOCNENIE

### Dolupodpísaný/á

Meno a priezvisko:

Adresa trvalého alebo prechodného pobytu:

Dátum narodenia:

Číslo identifikačného dokladu (napr. OP):

(ďalej len „splnomocniteľ“)

### týmto splnomocňujem

Meno a priezvisko:

Adresa trvalého alebo prechodného pobytu:

Dátum narodenia:

Číslo identifikačného dokladu (napr. OP):

(ďalej len „splnomocnenec“)

na sprievod a iné nižšie uvedené úkony súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti maloletému dieťaťu (ďalej len „maloleté dieťa“), ktorého som zákonným zástupcom:

meno a priezvisko maloletého dieťaťa:

dátum narodenia maloletého dieťaťa:

adresa trvalého alebo prechodného pobytu maloletého dieťaťa:

v Národnom ústave detských chorôb (ďalej len „NÚDCH“), Limbová 1, 833 40 Bratislava, Slovensko IČO: 00607231.

Na základe splnomocnenia oprávňujem splnomocnenca na sprevádzanie maloletého dieťaťa počas pobytu v NÚDCH. Splnomocnenec je oprávnený sprevádzať maloleté dieťa pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti a pobyte maloletého dieťaťa v NÚDCH. Splnomocnenec je oprávnený poskytovať NÚDCH a zdravotníckym pracovníkom NÚDCH informácie o zdravotnej anamnéze maloletého dieťaťa. Splnomocnenec je na základe tohoto splnomocnenia oprávnený prijímať informácie podľa zákona č. 576/2004 Z. z. o poskytovaní zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov, o účele, povahe, následkoch a rizikách poskytnutia zdravotnej starostlivosti, o možnostiach voľby navrhovaných postupov a rizikách odmietnutia poskytnutia zdravotnej starostlivosti. Splnomocnenec je zároveň oprávnený udeliť v mene splnomocniteľa zákonného zástupcu maloletého dieťaťa NÚDCH ako poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti informovaný súhlas s poskytnutím zdravotnej starostlivosti maloletému dieťaťu podľa zákona č. 576/2004 Z. z. o poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Splnomocnenec je oprávnený v mene zákonného zástupcu prijímať a preberať lieky pre maloleté dieťa podľa zákona č. 362/2011 Z. z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach a o zmene a doplnení niektorých zákonov. Splnomocnenec je zároveň oprávnený na vykonávanie všetkých iných úkonov, ktoré súvisia s poskytovaním zdravotnej starostlivosti maloletému dieťaťu.

Toto splnomocnenie je časovo obmedzené na obdobie a platí na obdobie

od ..... do .....

Druh dokumentu:	Formulár	Vydanie:	1
Označenie:	F 126/NÚDCH	Platný od:	3.4.2025
Názov dokumentu:	Splnomocnenie pre sprievodcu	Počet strán:	1/2



**NÁRODNÝ ÚSTAV DETSKÝCH CHORÔB**  
**Limbová 1, 833 40 Bratislava, Slovenská republika**

Splnomocniteľ je oprávnený toto plnomocenstvo kedykoľvek odvolať písomným vyhlásením. Odvolanie je účinné momentom jeho doručenia NÚDCH.

Splnomocnenec je oprávnený toto plnomocenstvo kedykoľvek písomne vypovedať. Výpoveď nadobúda účinnosť momentom jeho doručenia splnomocniteľovi.

V ....., dňa .....

.....  
Meno, priezvisko a podpis splnomocniteľa

Splnomocnenie prijímam:

.....  
Meno, priezvisko a podpis splnomocnenca

(Poznámka: Podpis splnomocniteľa musí byť úradne osvedčený na matrike, alebo u notára.)

Druh dokumentu:	Formulár	Vydanie:	1
Označenie:	F 126/NÚDCH	Platný od:	3.4.2025
Názov dokumentu:	Splnomocnenie pre sprievodcu	Počet strán:	2/2