

Plná moc pro zástupce v rozhodování o zdravotní péči v závěru života

podle § 441 a násl. zákona č. 89/2012 Sb., občanského zákoníku, a § 33-34 zákona
č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách

Zmocnitel (pacient):

- Jméno a příjmení:
- Datum narození / RČ:
- Adresa:
- Telefon / e-mail (nepovinné):

Zmocněnec (zástupce):

- Jméno a příjmení:
- Datum narození / RČ:
- Adresa:
- Telefon / e-mail:

I. Rozsah zmocnění

Já, níže podepsaný(á), tímto zmocňuji výše uvedeného zmocněnce, aby mě **zastupoval(a) při rozhodování o poskytování zdravotních služeb**, pokud v důsledku mého zdravotního stavu nebudu schopen(a) sám/sama vyjádřit souhlas či nesouhlas s léčbou nebo zdravotními výkony a činil veškerá právní jednání vyplývající ze zmocnění podle § 33 odst. 1 zákona o zdravotních službách.

Zmocněnec je oprávněn zejména:

1. poskytovat souhlas nebo nesouhlas s poskytováním zdravotních služeb v mém jménu,
2. nahlížet do zdravotnické dokumentace, pořizovat z ní výpisy, opisy a kopie,
3. účastnit se komunikace s poskytovateli zdravotních služeb včetně hospicové a paliativní péče,
4. rozhodnout o místě poskytování zdravotních služeb (např. domácí péče, lůžkové zařízení apod.),
5. v případě potřeby spolupracovat s mým praktickým lékařem nebo jinými poskytovateli zdravotních a sociálních služeb.

II. Prohlášení zmocnitele

1. Prohlašuji, že tato plná moc je udělena **dobrovolně, vážně a při plné svéprávnosti a způsobilosti k právnímu jednání**. Zmocněnce jsem předem informoval(a) o svých hodnotách a představách o závěru života, včetně případného dříve vysloveného přání.
2. Zmocněnec se bude řídit mým dříve vysloveným přáním, pokud bylo takové přání sepsáno, a bude při rozhodování zohledňovat mé hodnoty, postoje a předem sdělené priority.

III. Platnost plné moci:

1. Tato plná moc nabývá účinnosti **okamžikem mé nezpůsobilosti samostatně rozhodovat o zdravotní péči**.
2. Plnou moc mohu kdykoli odvolat. Platnost plné moci zaniká mou smrtí.

V dne

Podpis zmocnitele (pacienta):

Tuto plnou moc v plném rozsahu přijímám:

V dne

Podpis zmocněnce:

(Doporučeno – podpis svědka / ověření):

Svědék potvrzuje, že pacient plnou moc udělil vážně a při vědomí:

- **Jméno:**
- **Bydliště:**
- **Podpis:**
- **Datum:**