

ZBIERKA  **ZÁKONOV**
SLOVENSKEJ REPUBLIKY

Ročník 2013

Vyhlásené: 28.05.2013

Časová verzia predpisu účinná od: 01.06.2013

Obsah tohto dokumentu má informatívny charakter.

123

VYHLÁŠKA

Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky

zo 17. mája 2013,

**ktorou sa ustanovuje vzor písomného vyjadrenia, či osoba môže byť
umiestnená v cele policajného zaistenia**

Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky podľa § 79 ods. 7 zákona č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení zákona č. 41/2013 Z. z. (ďalej len „zákon“) ustanovuje:

§ 1

Táto vyhláška ustanovuje vzor písomného vyjadrenia, či osoba môže byť umiestnená v cele policajného zaistenia, ktoré vydáva poskytovateľ zdravotnej starostlivosti na požiadanie príslušníka Policajného zboru podľa § 79 ods. 1 písm. zd) zákona.

§ 2

Vzor písomného vyjadrenia, či osoba môže byť umiestnená v cele policajného zaistenia, je uvedený v prílohe.

§ 3

Táto vyhláška nadobúda účinnosť 1. júna 2013.

Zuzana Zvolenská v. r.

**VZOR PÍ SOMNÉHO VYJADRENIA, ČI OSOBA MÔŽE BYŤ UMIESTNENÁ V CELE
POLICAJNÉHO ZAISTENIA****VZOR PÍ SOMNÉHO VYJADRENIA, ČI OSOBA MÔŽE
BYŤ UMIESTNENÁ V CELE POLICAJNÉHO ZAISTENIA**

Označenie poskytovateľa zdravotnej starostlivosti

Vyjadrenie, či osoba môže byť umiestnená v cele policajného zaistenia

podľa § 79 ods. 1 písm. zd) zákona č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení zákona č. 41/2013 Z. z.

Osoba:
Meno, priezvisko a dátum narodenia

Miesto pobytu:

1. **Môže** byť umiestnená v cele policajného zaistenia*)
– pri pobyte v cele nie je potrebné dodržiavať individuálne obmedzenia*) **)
– pri pobyte v cele je potrebné dodržiavať tieto individuálne obmedzenia:*) **)

.....
.....

2. **Nemôže** byť umiestnená v cele policajného zaistenia*)

Dôvod:
.....

3. Osoba odmietla udeliť informovaný súhlas s poskytnutím zdravotnej starostlivosti a nejde o prípad, keď sa taký súhlas nevyžaduje.*)

.....
Miesto a dátum

.....
Meno a priezvisko, podpis a odtlačok pečiatky ošetrujúceho lekára

*) Nehodiace sa prečiarknite.

**) Napríklad podávanie liekov, sledovanie zdravotného stavu.

