

**POVERENIE PRE ZDRAVOTNÍCKEHO ZÁCHRANÁRA  
ALEBO SESTRU**

Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti: .....

Odborný zástupca poskytovateľa zdravotnej starostlivosti/poverený lekár\*):  
.....

Poverujem zdravotníckeho záchranára\*\*/ sestru v ambulancii záchranej zdravotnej služby\*\*)  
.....

v rámci neodkladnej zdravotnej starostlivosti ako člena posádky ambulancie  
.....

samostatne vykonávať odborné pracovné činnosti podľa § 3 ods. 2 a § 3 ods. 3 a § 3 ods. 4\*\*\*) vyhlášky Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 321/2005 Z. z. o rozsahu praxe v niektorých zdravotníckych povolaniach v znení neskorších predpisov.

Dátum vystavenia: ..... Platnosť poverenia do: .....

Meno, priezvisko, od tlačok pečiatky a podpis odborného zástupcu poskytovateľa zdravotnej starostlivosti /povereného lekára\*\*\*)  
.....

Potvrdzujem svojím podpisom, že som bol zrozumiteľne poučený o rozsahu odborných pracovných činností a s poverením súhlasím.

Dátum:

Poverenie sa vyhotovuje v dvoch rovnopisoch, pričom jeden rovnopis uchováva príslušný poskytovateľ zdravotnej starostlivosti.

\*) Nehodiace sa prečiarkne a uvedie sa meno a priezvisko osoby, ktorá poverenie vystavila.  
\*\*) Nehodiace sa prečiarkne a uvedie sa meno a priezvisko povereného zdravotníckeho záchranára alebo sestry.  
\*\*\*) Nehodiace sa prečiarkne.