

Souhlas zákonného zástupce nezletilého pacienta staršího 15-ti let

Údaje nezletilého pacienta

Jméno a příjmení: narozen/a dne:.....
Adresa trvalého pobytu:.....

Údaje zákonného zástupce (rodiče)

Jméno a příjmení:.....narozen/a dne:.....
Kontakt /telefon, mail/:.....

Jako zákonný zástupce výše uvedeného nezletilého pacienta staršího patnácti let, uděluji v souladu s ustanovením §35, odst.2, písmeno b), zákona č.372/2011 Sb., o zdravotních službách, souhlas k tomu, aby níže uvedený registrující poskytovatel poskytoval nezletilému pacientovi zdravotní služby v daném oboru bez dalšího zjišťování souhlasu zákonných zástupců.

Udělením tohoto souhlasu není dotčeno právo zákonného zástupce (rodiče) na informace o zdravotním stavu nezletilého pacienta, na informace o poskytnuté zdravotní péči, ani jiná práva, která ze zákona má.

Tento souhlas je možné ze strany zákonného zástupce kdykoli v budoucnu odvolat.

Údaje registrujícího poskytovatele

Název (firma):
Adresa zdravotnického zařízení:.....
IČ :.....
Obor poskytovaných zdravotních služeb: **Praktický lékař pro děti a dorost**

V Plzni dne
podpis zákonného zástupce.....

Potvrzuji přijetí tohoto souhlasu a zakládám jej do zdravotní dokumentace nezletilého pacienta :

V Plzni dne.....
podpis lékaře.....